

MEDICINA DELLO SPORT

Richiesta di visita medica per idoneità sportiva

L'ASSOCIAZIONE _____

CON SEDE IN _____ CODICE FISCALE ASSOCIAZIONE _____

RECAPITO TELEFONICO _____ EMAIL _____

AFFILIATA AL CONI / ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA / FEDERAZIONE _____

CHIEDE CHE L'ATLETA

SIG. _____ NATO IL ___ / ___ / _____

(opzionale)

GLI ATLETI

SIG. _____ NATO IL ___ / ___ / _____

SIG. _____ NATO IL ___ / ___ / _____

SIG. _____ NATO IL ___ / ___ / _____

SIG. _____ NATO IL ___ / ___ / _____

VENGA SOTTOPOSTO A VISITA MEDICO-SPORTIVA ATTESTANTE L'

IDONEITÀ AGONISTICA

IDONEITÀ NON AGONISTICA

ALLA PRATICA DELLO SPORT _____

_____, _____

TIMBRO E FIRMA

N.B. Il giorno della visita portare referto analisi urine o campione urine.

Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore.