

RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA
PROGETTO “SPORT E SALUTE” – Stagione Sportiva 20--/20--

La/Il Sottoscritta/o _____ in qualità di legale
rappresentante dell'Associazione/Società sportiva _____
con sede in _____
Via _____ n. _____
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| con codice n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
data completa

chiede per il proprio atleta **minorenne** _____
nato a _____ il _____
abitante a _____
Via / Piazza _____ n. _____
una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica **NON AGONISTICA** dello sport¹

Tessera sanitaria n. |_|_|_| |_|_| |_|_|_|
Codice Fiscale n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il costo a carico dell'utente è di € 15,00 da corrispondere direttamente alla struttura convenzionata.

Firma del presidente e timbro della società

¹ Per gli atleti che praticano più sport indicare tutti gli sport praticati.