

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

L'Associazione Sportiva _____

Sede sociale _____

Telefono Sede Sociale _____

Codice fiscale della Società Sportiva _____

Codice affiliazione alla FIDS _____

CHIEDE

visita medico sportiva per l'idoneità agonistica allo sport della DANZA SPORTIVA

per l'atleta _____

(Cognome)

(Nome)

nato a _____ il _____

residente in _____ CAP _____

Via _____ n° _____

telefono _____ ASL _____

Codice fiscale dell'atleta

Codice regionale sanitario

_____ (luogo e data)

Il Presidente della Società Sportiva

(timbro e firma)

Per gli atleti minorenni, da compilare a cura del genitore

Il sottoscritto _____

(Cognome, Nome, Residenza)

esercitante la podestà sul minore _____ dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata e all'effettuazione dei relativi accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato d'idoneità.

Roma, _____

(firma del genitore)

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

Il giorno della visita portare con sé: 1) campione per esame urine; 2) codice fiscale; 3) libretto sanitario.