



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

AGONISTICO

NON AGONISTICO

DATI ASSOCIAZIONE

LA SOCIETA' SPORTIVA.....
AFFILIATACodice Affiliazione
SEDE SOCIALE VIA.....
N°.....CittàC.A.P.....
Telefono Presidentee.mail.....
Codice FiscaleP.IVA.....

CHIEDE VISITA MEDICO SPORTIVA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICO

NON AGONISTICO

DISCIPLINA.....

DATI ATLETA

Per l'atleta , CognomeNome.....
Nato ail.....
Residente inC.A.P.....
Via /PiazzaN°.....
Telefonoe.mail.....
Codice Fiscale Sesso M F

TIMBRO
ASD

FIRMA
Presidente ASD

.....
DATA

AUTODICHIARAZIONE decreto n° 196/03 T.U 2004

Il sottoscritto(esercente la potesta genitoriale sul...
minore)da il consenso alla
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità

Firma del Dichiarante o (per minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche , delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite MEDICO - SPORTIVE di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Firma del Dichiarante o (per minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....

DATA