



**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT**

**AGONISTICO**

**NON AGONISTICO**

*DATI ASSOCIAZIONE*

**LA SOCIETA' SPORTIVA**.....  
AFFILIATA .....Codice Affiliazione .....  
SEDE SOCIALE VIA.....  
N°.....Città .....C.A.P.....  
Telefono Presidente .....e.mail.....  
Codice Fiscale ..... P.IVA.....

**CHIEDE VISITA MEDICO SPORTIVA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA**

**AGONISTICO**

**NON AGONISTICO**

**DISCIPLINA**.....

*DATI ATLETA*

Per l'atleta , Cognome .....Nome.....  
Nato a .....il.....  
Residente in .....C.A.P.....  
Via /Piazza .....N°.....  
Telefono .....e.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* .....