

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

D.M. Sanità 18.2.1982

Circolare Ministero 31 gennaio 1983, n. 7 Prot. n. 500.3

Regione _____ Data _____
La Società sportiva _____ Sede legale Via _____
Tel _____ PEC _____
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____
 Disciplina Associata _____
 Ente di promozione sportiva _____

chiede per il proprio atleta

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____

UNA VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

PRIMA AFFILIAZIONE

RINNOVO

, il

Firma del Presidente e Timbro della Società sportiva