



**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA**

La Società sportiva: **US NAVE ASD**

Affiliata a: **ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVO RICONOSCIUTO**

CHIEDE

Per il proprio atleta.....

Nato a il.....

Residente a..... ViaN°.....

Una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla

PRATICA AGONISTICA dello sport: **ATLETICA LEGGERA**

PRIMA AFFILIAZIONE

RINNOVO

VISITA DI CONTROLLO AI SENSI DELL'ART. 4 DELLA L.R 35/2003

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione sportiva Nazionale.

Data

Firma

.....

US NAVE ASD

Il Presidente