

Richiesta VISITA MEDICO SPORTIVA

ASSOCIAZIONE SPORTIVA VSD PALLAVOLO CIAMPINO

Telefono Sede sociale _____

Codice Fiscale Societa' Sportiva 90014400585

Codice affiliazione FSN o' ente
Di promozione sportiva FIPAV 120600340

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per l' **IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA
AGONISTICA DELLO SPORT** _____

Per l' **ATLETA**

COGNOME _____	NOME _____
Nato a _____	il _____
Residente in _____	C.A.P. _____
Via _____	n. _____
Telefono _____	ASL _____
Codice Fiscale Atleta _____	
Codice Regionale Sanitario _____	

U.S. DILETTANTISTICA
PALLAVOLO CIAMPINO
Via Mura dei Francesi, 172
00043 CIAMPINO - (RM)
P. IVA 05149931007
C.F. 90014400585

IL PRESIDENTE DELLA SOCIETA' SPORTIVA

Timbro e Firma _____

Il sottoscritto _____

esercente la patria potesta' sul minore _____ da' il consenso
alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata ed alla effettuazione
dei relativi accertamenti d' idoneita'

Data _____

Firma _____

Il giorno prima della visita: a) compilare il modulo in tutte le sue parti, b) portare 1) referto analisi urine
2) Codice Fiscale Atleta
3) Libretto Sanitario