



**RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA**

Data _____

La società sportiva _____
con sede in _____
Via _____ **n.** _____
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto **A.C.S.I. Comitato Prov. di BG**

dal |__| |__| - |__| |__| - |__| |__| |__| **con codice n.** |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

CHIEDE

per il proprio atleta _____
nato a _____ **il** _____
abitante a _____
Via / Piazza _____ **n.** _____

Una visita medico – sportiva per l' idoneità alla pratica **non agonistica** dello sport

Tessera sanitaria n. |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Codice Fiscale n. |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Firma del Presidente e timbro della Società
Entrambi in originale su ogni copia