

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA
(D.M. 19-2-192 – L.R. 15-12-199, n°94)

La Società Sportiva ASD NUOVO BASKET ALTOPASCIO CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA/~~NON AGONISTICA~~
Dello sport PALLACANESTRO

- Prima affiliazione
- Rinnovo
- Visita di controllo ai sensi delle lett. D ed E delle note esplicative dell'alleg. 1 del D.M. 18-2-82 e dell'art. 5 comma 3, della L.R. 94/1994

Si dichiara che l'attività praticata dell'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva nazionale

Data _____

Timbro
A.S.D. Nuovo Basket Altopascio
Via Marconi, 71
55011 Altopascio (LU)
C.F. -P.IVA 01399030467 – Cod. FIP 027771

Firma Presidente Società

