



**RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA'  
ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M. 18/2/1982)**

LA SOCIETA' SPORTIVA **A.S.D. ATLETICA N.E.VI.**

con sede in Rossano V.to – Via Roma, 1 - C.F. 00873910244

Telefono 366-4533313 - E-mail: VI623@FIDAL.IT

Affiliata FIDAL (Federazione Italiana d Atletica Leggera)-CSEN

e iscritta al registro del CONI nr. 26851

**Chiede per il proprio atleta:**

..... C.F. : .....  
(Cognome Nome)

nato a ..... il .....

abitante a .....

via ..... n° .....

Una visita medico sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport: ATLETICA LEGGERA

Cordiali saluti.

Data ..... / ..... / .....

**A.S.D. ATLETICA N.E.VI.**

\_\_\_\_\_  
Firma del presidente e timbro della società