



RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M. Sanità 18.02.1982)

La Società sportiva A.S.D. ATLETICA N.E.VI.

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale FIDAL (FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA)

chiede per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

abitante a _____ via _____ n. _____

la visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport ATLETICA LEGGERA

|__| prima affiliazione |__| rinnovo data di scadenza del certificato precedente _____

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

Firma del presidente e timbro della società

per la prenotazione chiamare il CUP tel. 800 038 990 (da cellulare 0424 884050)