



MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA / NON AGONISTICA
(D.M. 18-2-1982 - L.R. 15-12-1994, n° 94)

La Società Sportiva **ASD NUOVO BASKET ALTOPASCIO**

CHIEDE

per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

residente a: _____ in via _____

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla **PRATICA 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 dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni del competente Ente di Promozione Sportiva.

Data _____

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

Firma Presidente Società

Per appuntamenti chiamare 0583 936652

[LIGHT CLINIC c/o Centro Pinocchio](#)
[Via Pesciatina 878, Gragnano – Capannori \(LU\)](#)