

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA'
ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA
(D.M. 18.02.1982 - L.R. 09.07.2003 n. 35)

La società sportiva: **ASD NUOVO BASKET ALTOPASCIO**

affiliata a Federazione Sportiva Nazionale FIP

~~Ente promoz. Sportiva riconosciute~~

CHIEDE

per il proprio atleta _____

Nato a: _____ Il: _____

Residente a: _____ in via _____ n° _____

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 dell'art. 5, comma 3, della L.R. 94/1994

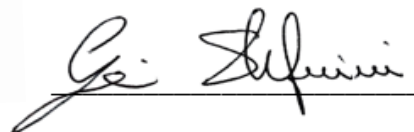
Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi della determinazione del competente Ente di Promozione Sportiva.

Timbro della società

Firma Presidente Società

Data _____

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



SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA

Si dichiara che l'atleta documento di riconoscimento n.....
rilasciato dal..... il è stato sottoposto a visita in data.....
con esecuzione degli accertamenti previsti dal D.M. 18.2.82 (Tipo A / Tipo B) nonchè a

.....
ed è stato dichiarato

Il predetto certificato ha validità di con scadenza il.....

Firma dell'atleta

Il medico

.....
Timbro della struttura