

RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT PER IDONEITA' NON AGONISTICA

SEZIONE PER I TESSERATI A SOCIETA' SPORTIVE

La società sportiva SOCIETA' POLISPORTIVA DILETTANTISTICA AMITERNINA SCOPPITO Affiliata a:
Federazione sportiva nazionale del C.O.N.I.... F. I. G. C..... Codice..... 937840.....
Ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I..... Codice.....
Sede sociale: Via . Provinciale c/o Campo sportivo comunale.... Città' SCOPPITO
C.A.P.... 67019..... Telefono/Fax..... 379.2050181.....
Email.... segreteria@amiternina.it..... P.E.C..... amiterninascoppito@pec.it.....

Per il proprio atleta tesserato:

Cognome: _____ Nome _____ Nato il _____
Residente in _____ N° Tessera associazione_____

CHIEDE VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Nuova iscrizione SI NO se SI Rinnovo certificato in scadenza il.....

Data richiesta.....

Timbro e firma del Responsabile della società



SEZIONE PER I NON TESSERATI A SOCIETA' SPORTIVE

Il sottoscritto nato il a.....

Residente in Via.....

In qualita di Diretto interessato/genitore (tutore legale) del minore.....

CHIEDE VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Per partecipare a Titolo individuale ad attività sportiva non agonistica

Data Richiesta_____ Firma_____

Per partecipare ad ATTIVITA' SPORTIVA PARASCOLASTICA EXTRACURRICULARE

Data Richiesta_____ Firma e Timbro Istituto Scolastico_____