

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....Citta'.....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



Renzo L. L.

SEZIONE PER I NON TESSERATI A SOCIETA' SPORTIVE

Il sottoscritto nato ila.....
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.....