



MODULO RICHIESTA VISITA MEDICO SPORTIVA

La Società Sportiva **D BASE SPORT ASD** Sede legale Via Edoardo D'Onofrio, 12 - 00155

C.F. 96657490585, Tel. 327 4152222

RICHIEDE

visita medico sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport (seleziona lo sport)

☐ **PALLAVOLO**

☐ **Specificare altro sport** _____

PER L'ATLETA:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ in data _____

Residente in _____ CAP _____

Via _____ N° _____

C.F. _____ data di prestazione richiesta _____

N.B. Il giorno della visita portare referto analisi urine o campione urine del mattino.

Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA D BASE SPORT ASD

(timbro e firma)

D BASE SPORT ASD


VIA EDOARDO D'ONOFRIO, 12
00155 ROMA
C.F. 96657490585

(compilare in caso di atleta minorenni)

Il sottoscritto (scrivere cognome e nome):

Madre dell'Atleta _____

Padre dell'Atleta _____

Esercente la potestà genitoriale sul minore _____

dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata e alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Roma, il _____

Firma _____

D BASE SPORT ASD

Via Edoardo D'Onofrio, 212 - 00155 Roma - C.F. 96657490585
Tel. 327 4152222 - dbasesport@gmail.com