

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA
L.R. 09/07/2003 n. 35

La Società Sportiva **LUPI SANTA CROCE SSD ARL**

affiliata a: Federazione Sportiva Nazionale



CHIEDE

Per il proprio atleta

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

**una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla
PRATICA AGONISTICA dello sport PALLAVOLO**

- Prima affiliazione
- Rinnovo
 - Visita di controllo ai sensi dell'art.4 della L.R. 35/2003

**Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport
agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione
Sportiva Nazionale.**

Data _____

Timbro della Società

LUPI SANTA CROCE S.S.D. A.R.L.
Via del Concilio, snc
56029 S. CROCE S/ARNO (PI)
C.F. e P. IVA 02222110500

Firma del Presidente della Società