



MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER
L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA
(D.M. 16.2.1982 – L.R. 15.12.1994, n° 94)



la Società Sportiva **A.S.D. SCUOLA BASKET AREZZO**
affiliata alla **FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE F.I.P.**

CHIEDE

Per il proprio
atleta

data nascita

Com./Prov. di nascita

Com./Prov.

c.a.p.

Via

civico

Una visita medico-sportiva ed il rilascio dell'attestato d' idoneità alla **PRATICA AGONISTICA**
dello sport **PALLACANESTRO**

Prima affiliazione _____

Rinnovo _____

Visita di controllo ai sensi lett. D) e E) delle note esplicative
allegato 1 del D.M. 18.2.82 e dell'art.5 comma 3, della L.R. 94/1994

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico della competente
federazione sportiva nazionale

Data



Firma del Presidente della Società

Passello Bruno