

MODULO RICHIESTA VISITA MEDICO SPORTIVA

La Società Sportiva **EMMECIQUADRO SSD a RL** Sede legale Via Asmara, 32,

C.F. 97494650589, P.I. 16970851008, Tel. 393 9380702

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 SOCIETÀ' SPORTIVA EMMECIQUADRO

(timbro e firma)



Emmeciquadro SSD a RL
Via Asmara, n° 32
CAP 00199 Roma
C.F. 97494650589
P.I. 16970851008

(compilare in caso di atleta minorenne)

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 _____

EMMECIQUADRO S.S.D. a R.L.

Via Asmara, 32 - 00199 Roma - C.F. 97494650589 - P.I. 16970851008 - www.emmeciquadrossd.it
Tel. 393 9380702 - d.emmeciquadro@gmail.com - emmeciquadrossd@pec.it