

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 VOLLEYBALL ASD**

affiliata a: ☒ Federazione Sportiva Nazionale
☐ Ente Promozione Sportiva riconosciuto

CHIEDE

Per il proprio atleta

Nato a il

Residente a in 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

Firma del Presidente della Società

LUPI SANTA CROCE VOLLEY BALL
Associazione Sportiva Dilettantistica

56029 SANTA CROCE SULL'ARNO (PI)
Partita I.V.A. 01652640507

