



Organizzazione per l'Educazione allo Sport

COMITATO

REGIONALE TOSCANA

Via di Ripoli, 207 – 50126 Firenze

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA
(Legge Regionale 09/07/2003 n° 35)

ASSOCIAZIONE/SOCIETA' _____

CON SEDE LEGALE IN _____ INDIRIZZO _____

IL SOTTOSCRITTO _____ IN QUALITA' DI PRESIDENTE

CHIEDE

Per il proprio atleta

Nato a Il

Residente a Via

Anno sportivo _____ TESSERA OPES N°

Una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla

PRATICA AGONISTICA dello sport

PRIMA AFFILIAZIONE

RINNOVO

Si dichiara che l'attività pratica dell'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione sportiva nazionale.

Data

Firma del presidente ASD/SSD
