



"Memento audere semper!"

ASD San Francesco

Matricola F.I.G.C. n. 936057

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

A.S.D. SAN FRANCESCO
Via arsoli n. 1 – 00159 - Roma
Telefono 06-4075863
C.F. 96226180584

CHIEDE

Visita medico sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport CALCIO A5
per l'atleta

Cognome.....Nome.....

Nato a.....il.....

Residente in.....CAP.....

Via.....N°.....

C.F. atleta -----

DATA PRESTAZIONE.....

IL PRESIDENTE

(timbro e firma)

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/la sottoscritto/a.....
genitore/tutore del minore.....
dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata

data...../...../.....

Firma