

## MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA L.R. 09/07/2003 n. 35

L'Associazione Sportiva Dilettantistica «Polisportiva Cykeln Team ASD»

Affiliata a Federazione Sportiva Nazionale: **FCI e FIDAL**

### CHIEDE

Per il proprio atleta: .....  
Nato a ..... il .....  
Residente a .....  
Via..... n. ....

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

PRATICA AGONISTICA dello sport:

- Prima affiliazione
- Rinnovo
- Visita di controllo ai sensi dell'art. 4 della L.R.T. 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

FIRMA PRESIDENTE

  
POL. CYKELN TEAM ASD  
VIA BRONZINO, 113 - 50142 FIRENZE  
C.FISC. 94234340480  
P.IVA 06610850486

*Scaputo Francesco*