

**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 SANTO STEFANO IN PANE 18/A - 50134 FIRENZE
P.IVA 06610850486 C.FISC 94234340480

Stefano Francesco