

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO - NON AGONISTICO**

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

LA SOCIETA' SPORTIVA ASS.NE POLVA DIL O. BUSCHERINI
Sede Sociale: Via... ORCEOLI 17
N° 17 Città... FORLÌ C.A.P. 47122
Telefono... 0543 796056 Fax... 0543 796056
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva 02203610403
Codice Affiliazione Federale 08200781

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA
AGONISTICA - NON AGONISTICA**

DELLO SPORT... TENNIS

Per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....
Nato a il
Residente in C.A.P.
Via N°
Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

Assoc.ne Polisportiva Dilettantistica
"O. BUSCHERINI"
Via Orceoli, 17 - FORLÌ - Tel./Fax 796056
C.F. / P.IVA 02203610403
www.polisportivabuacitenni.com

Sincer' Matteo

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.U. 2004

Il sottoscritto (esercente la potestà genitoriale sul
minore) dà il consenso alla
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....

**IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO
DELLE MIE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI E
DI NON ESSERE MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE
MEDICO - SPORTIVE DI LEGGE. INOLTRE MI IMPEGNO A NON FARE USO DI DROGHE
RICONOSCIUTE ILLEGALI E DO ATTO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI PERICOLI
DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOL.**

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....

Data.....