



Associazione Messina Scherma A.S.D.

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**

(D.M. Sanità 18.02.1982)

data _____

REGIONE SICILIANA

La Società sportiva _____

affiliata a _____

Ente promozionale riconosciuto dal C.O.N.I.

chiede per il proprio atleta

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ (prov. _____) il _____

e residente a _____ (prov. _____) via _____

Codice Fiscale _____ una visita medico-sportiva per l'idoneità alla

Pratica agonistica dello sport _____

—
_ prima affiliazione

—
_ rinnovo

firma del Presidente
o del responsabile della scuola

spazio riservato alla regione

timbro della società

spazio riservato alla regione

compilare a macchina o a stampatello