



Associazione Sportiva Dilettantistica

## Volleyball Santa Monica

Sede legale: Viale della Marina, 28 - 00122 Lido di Ostia

P.IVA 11572121009 - C.F. 04725041000

Aff.ne F.I.P.A.V n° 120600901 - Aff.ta C.O.N.I.

### CHIEDE

Visita medico sportiva per l'idoneità **Non Agonistica** allo sport Pallavolo

Per l'atleta.....

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

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

Via.....n°.....

Telefono.....ASL.....

Codice Fiscale dell'Atleta

Codice Regionale Sanitario

.....

.....

Roma.....

Il Presidente della Società Sportiva



#### **Per gli atleti minorenni da compilare a cura del genitore**

Il sottoscritto..... esercente la

podestà sul minore..... dà il

consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva **non agonistica** sopra indicata e all'

effettuazione dei relativi accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato d' idoneità.

Roma.....

Firma del genitore.....

*La presente domanda va consegnata al Medico il giorno della visita.*