



MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA
(Legge Regionale 09/07/2003 n° 35)

La Società Sportiva **EURORIPOLI VOLLEY A.S.D.**

Affiliata a: Federazione Sportiva Nazionale **FIPAV**

CHIEDE

Per il proprio atleta.....

Nato a..... il

Residente a Via

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

PRATICA AGONISTICA dello sport PALLAVOLO

prima affiliazione

rinnovo

X visita di controllo ai sensi dell'art. 4 della L.R. 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
della Società
EuroRipoli Volley A.S.D.
Via di Ripoli 209/D 50126 Firenze
C.F. 94053610484 P.I. 04607710482

Firma

Matricola FIPAV 100470067