

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

ASSOCIAZIONE SPORTIVA..... **ASD RISORGIVE**
Sede Sociale... Monticello Conte Otto Tel. Sede Sociale..... 3494567062

CHIEDE

Visita medico sportiva per l' idoneità alla pratica agonistica/non agonistica dello sport
..... **ATLETICA LEGGERA** per l' atleta

Cognome.....Nome.....
Nato a.....il.....
Residente in.....CAP.....
Via.....N°.....

DATA PRESTAZIONE.....

**IL PRESIDENTE DELLA
SOC. SPORTIVA
(timbro e firma)**

N.B. Il giorno della visita portare campione urine .
Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore.

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

D.M.data

Sig.ra / Sig.....

Nata/o ail,

residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore