

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

- ☐ **NON AGONISTICA**
- ☐ **NON AGONISTICA ELEVATO IMPEGNO CARDIO VASCOLARE**
- ☐ **LUDICO MOTORIA**

Data _____

Io sottoscritto (atleta) _____
nato a _____ il _____
abitante a _____
Via / Piazza _____ n. _____

CHIEDO

Una visita medico sportiva per l'idoneità alla pratica non agonistica per lo sport
.....
(specificare lo sport)

Richiesto da.....
(privato o nome associazione sportiva)

In fede.....

(firma atleta o genitore se minorenne)