



**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 *A.S.D. FRECCIA AZZURRA FIRENZE BASKET* affiliata a *Federazione Italiana Pallacanestro(FIP)* Ente Promozione Sportiva riconosciuto

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Piazza/via _____

Una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica AGONISTICA dello sport *PALLACANESTRO*

- Prima affiliazione
- Rinnovo
- 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

Firma

