



**RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA**  
D.M. 08/08/2014

Data .....

La società sportiva .....

affiliata alla Federazione .....

chiede per il proprio atleta .....

nato a ..... il .....

abitante a .....

Via / Piazza ..... n. ....

Una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica non agonistica dello sport

.....

\_\_\_\_\_  
Firma del presidente o timbro della società

