

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER
L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' NON AGONISTICA**
(legge reg.le 09/07/03 n.35)

La Società Sportiva **ASD Tennis Amaranto**

affiliata a : **FIT** Federazione Sportiva Nazionale **FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS**
Ente promozione sportiva riconosciuto

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a: _____ Il _____

Residente a : _____ Via _____

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla
PRATICA NON AGONISTICA

dello sport _____

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 non agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Data

ASD TENNIS AMARANTO
Punto della Società
via Paoli, 55 - Livorno
TEL. 0588.850463
C.F. 92034710498
P.I. 01906270499

Firma del Presidente

