



**RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA (1)**

**FUTURA GENOVA ASD** Sede Via Ca Cecchi 35/3, C.F. 95189340102 Cod. affiliazione FIP 054814, Cod. affiliazione UISP C011752, Cod. affiliazione CSI 01600569

**CHIEDE**

Visita medico sportiva per l' idoneità alla pratica agonistica dello sport **PALLACANESTRO**

per l'atleta

Cognome ..... Nome.....

Nato a .....il.....

Residente in .....CAP.....

Via..... N°.....

C.F. atleta .....

DATA PRESTAZIONE.....

IL PRESIDENTE

**FUTURA GENOVA ASD**

Via Ca Cecchi 35/3  
C.F. 95189340102  
Tel. 3421775920 / 3496693486  
futuragenova2016@libero.it

N.B. Il giorno della visita portare referto analisi urine o campione urine del mattino

Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore

Il sottoscritto (2) .....

Esercente la potestà sul minore .....

dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata e alla  
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità

data .....

Firma.....

(1) compilare il modulo in ogni sua parte

(2) nome, cognome, residenza, titolo della potestà (genitore tutore)