



## "Richiesta di visita medica per l' idoneità alla pratica sportiva"

La Società sportiva FUSION dance & fitness S.S.D. A R.L. affiliata \_\_\_\_\_ CSEN \_\_\_\_\_

Con sede in VIA DI SOTTO 8 – 65125 PESCARA \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ 085/4151372 \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ fusionpalestra@gmail.com \_\_\_\_\_  
CHIEDE

nella persona del suo legale rappresentante Sig. \_\_\_\_\_ DE FINIS MATTIA \_\_\_\_\_

Per il proprio ATLETA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Doc. Identità N° \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

Telef. Recapito (del genitore se minorenni) \_\_\_\_\_

### Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA  - NON AGONISTICA

PER LO SPORT

Data \_\_\_\_\_ Timbro società e Firma Presidente \_\_\_\_\_  
FUSION  
Dance & Fitness  
s.s.d. a.r.l.  
Via di Sotto 8 - 65125 Pescara  
C.F./P.I. 02037860687 - Tel.0854151372

**Recapito telefonico per comunicazioni urgenti \_\_\_\_\_ 347 7774415 \_\_\_\_\_**

### INFORMAZIONI UTILI

Presentarsi alla visita muniti di :

- documento di identità personale non scaduto
- tesserino sanitario
- codice fiscale
- foglio di prenotazione visita COMPILATO
- referto esame delle urine (necessario solo per certificato agonistico)
- eventuali occhiali da vista o lenti a contatto
- eventuali esami clinici precedenti
- **GLI ATLETI MINORENNI DEVONO ESSERE ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE O PARENTE.**