

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA**

Data _____

**La società sportiva SARA FITNESS 2.0 ASD
Con sede in ALBANO S. ALESSANDRO Via TONALE n. 4/B
Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale ACSI
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto CONI**

dal |_2_|_|2_| - |_|0_|_|9_| - |_|2_|_|0_|_|1_|_|5_| con codice n. |_|1_|_|0_|_|7_|_|8_|_|8_|_|1_|

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
FITNESS

Tessera sanitaria n. |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Codice Fiscale n. |_|_|_|_| |_|_|_|_| || |_|_|_|_| |_|_|_|_| || |_|_|_|_|

Firma del Presidente e timbro della Società
Entrambi in originale su ogni copia