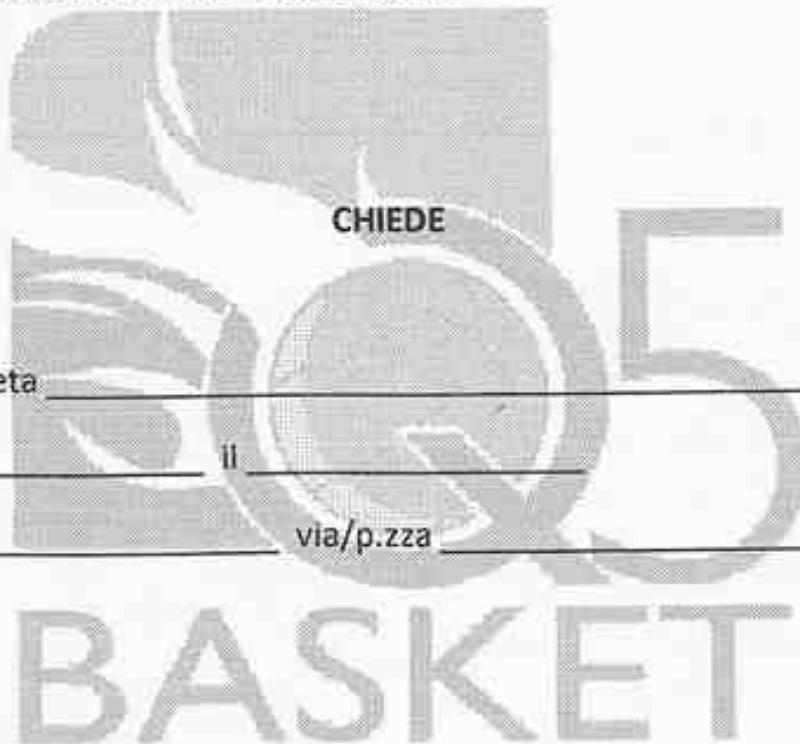


**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER
L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA**

La società sportiva **A.S.D. Firenze Quartiere 5 Basket**

Affiliata alla **Federazione Italiana Pallacanestro**



CHIEDE

Per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via/p.zza _____

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla **PRATICA AGONISTICA** dello sport **PALLACANESTRO**.

Si dichiara che l'attività svolta dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione sportiva nazionale.

Data

ASD FIRENZE

Q 5 BASKET

Firma del presidente

Francesco Falbi