



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

L'A.S.D. GINNASTICA BLU RIBBON, con sede sociale in VIA TERRAGLIETTO
n. 55 - MESTRE (VE) C.A.P. 30174, C.F: 90166790270

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

☐ AGONISTICA – ☐ NON AGONISTICA

della GINNASTICA RITMICA

per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....

Nato a il

Residente inC.A.P.

Via N°

Telefono

.....

Mestre, _____

Il Presidente

Il sottoscritto

.....

(esercente la potestà genitoriale sul minore)

dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....