



A.S.D. PODISTICA APRILIA

Via Donato Bardi 2/b 04011 Aprilia LT

codice FIDAL LT 305

C.F. 91079390596

Richiesta **visita** medica per idoneità allo sport agonistico
(D.M.18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

L'associazione sportiva Podistica Aprilia, chiede una visita medico sportiva per idoneità sportiva alla pratica agonistica per lo sport Atletica Leggera.

Per l'Atleta

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Il _____

Residente in _____ C.a.p. _____

Via _____ n° _____

Numero telefono _____

Timbro associazione e firma responsabile

dichiaro di avere informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive.

Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Data _____

Firma atleta
