

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO - NON AGONISTICO**

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

LA SOCIETA' SPORTIVA Tennis Club Cingoli
Sede Sociale: Via Cerquatti s.n.c.
Città: Cingoli **CAP:** 62011 **Telefono** 3517244754
Telefono: 3517244754
Codice Fiscale della Società Sportiva: 93059840434
Federazione sportiva nazionale: Federazione Italiana Tennis (FIT)
Codice Affiliazione Federale: 10110278

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA
AGONISTICA - NON AGONISTICA**

DELLO SPORT: - Tennis

Per l'ATLETA:

COGNOME..... NOME.....
Nato a il
Residente in C.A.P.
Via N°
Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE



TENNIS CLUB CINGOLI
Via Cerquatti, 62011 Cingoli (MC)
Cell. Phone 380-2633278
e-mail: tc.cingoli@libero.it
C.F. 93059840434

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.U. 2004

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

.....

**IO SOTTOSCRITTO 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 DI LEGGE. 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.**

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

.....

Data.....