



**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA**

La società sportiva A.S.D. Vittorio Bike Monte Fogliano

Affiliata al C.S.I. e A.C.S.I.

C H I E D E

Per che il proprio atleta _____ nato a _____

il _____ , ed ivi residente in _____

Una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità

ALLA PRATICA AGONISTICA DELLE SEGUENTI ATTIVITA SPORTIVE: Ciclismo

Prima affiliazione

Rinnovo

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi della determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

_____ , _____

**Il Presidente
Daniele Calandrelli**