



SOCIETA' CASAL DE' PAZZI asd
Via Rossellini, 19 – 00137 Roma
C. F. : 97763150584 - Cod. Affiliazione : 120.60.0558
www.volleycasaldepazzi.com
Tel. 333 7980634

Chiede Visita Medico Sportiva per l'IDONEITA' SPORTIVA alla PRATICA AGONISTICA dello SPORT :

PALLAVOLO

Per l'ATLETA:

Cognome : **Nome :**

Nato a : **il :**

Residente in : **C.a.p. :**

Via : **n°:**

Telefono :

Data..... **Firma**.....

.....
Il sottoscritto..... **esercente la patria potestà sul minore** **dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica e alla effettuazione dei relativi accertamenti d'idoneità.**

.....
Si autorizza il medico a comunicare, nelle modalità previste dalla legge per la tutela sanitaria delle attività sportive, i risultati della visita medica specialistica.

.....
(firma dell'atleta o, per i minori, dell'esercente la patria potestà)