

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N.6 – LAMEZIA TERME
Poliambulatorio di Lamezia Terme (CZ)

Data _____

**RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER L'IDONEITÀ
ALLA PRATICA AGONISTICA**

.....

La Società Sportiva _____ **A.S.D. SPORT KARATE CLUB CURINGA** _____.

Affiliata alla _____ **FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE FIJKAM** _____.

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Una visita Medico – Sportiva per l'idoneità alla pratica dello sport **KARATE**.

(___) prima affiliazione

(___) rinnovo

A.S.L. N.6 – Poliambulatorio di Lamezia Terme
SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

N. Prot. _____ del _____

Tessera sanitaria N. _____

*Firma del Presidente e
Timbro della società sportiva*