



ASD VOLLEY PONTEMEDICEO

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M. 18.02.1982)
(LEGGE REGIONALE N° 35 DEL 09.07.2003)**

La Società sportiva **A.S.D. Volley Pontemediceo**, affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale **FIPAV**, chiede di sottoporre la propria atleta:

Cognome _____ Nome _____

Nata a _____ il _____

residente a _____ In via _____ n° _____

alla visita medico sportiva, con *rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica*
dello sport della **PALLAVOLO**

D Prima Affiliazione

D Rinnovo

D Visita di controllo ai sensi tab. A e B del D.M. 18.02.1982

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

Pontassieve, _____

Micaela Colapietro
Presidente ASD Volley Pontemediceo