



MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA
(DM Sanità 18.02.1982)

LA SOCIETA SPORTIVA

**ENNE EFFE TENNIS FLORENCE ATD Via del Filarete 11/c Firenze
C.F. 94262390480**

CHIEDE:

Per il proprio atleta

Nato/a il.....

Residente a..... Via..... N.....

*Una visita medico sportiva ed il rilascio dell'attestato di idoneità
agonistica*

Per lo sport del TENNIS

**Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico
ai sensi della competente Federazione Sportiva o ente di promozione**

Data.....

Timbro e firma del presidente

**ENNE EFFE TENNIS FLORENCE
ASSOCIAZIONE TENNISTICA DILETTANTISTICA
Via del Filarete 11/c - 50143 Firenze
C.F. 94262390480**