

SOCIETÀ SPORTIVA A.S.D. ALBATROS
Sede Sociale (indirizzo): Via CALTANA 92/A - VILLANOVA DI CSP tel. 347 5628986 fax
FEDERAZIONE/ENTE PROMOZ. SPORT ASI

CHIEDE
Visita medica per idoneità sportiva

AGONISTICA

NON AGONISTICA

DELLO SPORT TENNIS

Per l'Atleta

Cognome Nome
nato a il
residente a Via/Piazza

Data

Firma del Presidente

.....

Timbro Società

Il sottoscritto padre-madre-tutore del minore dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva e all'effettuazione degli accertamenti sanitari di legge.

Firma

In caso di impossibilità da parte di ambedue i genitori ad accompagnare il figlio alla visita, gli stessi possono delegare un familiare maggiorenne che li sostituisca, al fine di rendere un'accurata anamnesi familiare e personale.

Il sottoscritto delega (relazione di parentela) ad accompagnare il proprio figlio alla visita medica.

Firma e documento delegante Firma e documento delegato

Esprimo ai sensi del DEC/LGS 196/03, il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia. Presto il consenso affinché il medico sportivo possa comunicare direttamente al mio medico di famiglia informazioni sul mio stato di salute.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà