

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 .....