

Associazione Sportiva Dilettantistica

Sede legale: **kiz junior academy**

C.F.: 91039950802 Tel.: _3383805017

E-mail: auramaropati@gmail.com

RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO

PER IDONEITÀ ALLA PRATICA DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____ Provincia _____

Telefono _____

E-mail _____

in qualità di:

☐ Atleta maggiorenne

☐ Genitore/tutore dell'atleta minorenni

☐ Altro: _____

CHIEDE

al Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta / Medico Specialista in Medicina dello Sport di sottoporre il/la suddetto/a atleta agli accertamenti sanitari previsti dalla normativa vigente, al fine del rilascio del:

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

necessario per lo svolgimento delle attività sportive organizzate e/o promosse dalla presente Associazione Sportiva Dilettantistica.

DATI DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA

Disciplina sportiva: _____

Tipologia di attività: _____

Stagione sportiva: _____

Eventuale corso/gruppo: _____

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che il certificato di idoneità sportiva non agonistica deve essere rilasciato esclusivamente dal medico competente, sulla base della valutazione sanitaria effettuata secondo la normativa vigente.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente all'ASD eventuali variazioni delle proprie condizioni di salute che possano incidere sulla pratica dell'attività sportiva.

Per gli atleti minorenni, la presente richiesta è sottoscritta da chi esercita la responsabilità genitoriale.

Luogo: _____	Data: ____ / ____ / ____
Firma dell'atleta _____	Firma del genitore/tutore (se necessario) _____

A.S.D. KIZ
JUNIOR SOCCER ACADEMY
VIA IV GIORNATE DI NAPOLI, 24
89024 POLISTENA (RC)
C.F. 91039950802