



**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT**

- AGONISTICO**  
 **NON AGONISTICO**

**L'Associazione Sportiva Dilettantistica DIAVOLI VERDE ROSA**

Sede Sociale: **Via G. BOVIO N. 13**

Città: **SAN BENEDETTO DEL TRONTO (AP) C.A.P. 63074**

Iscritta alla **FISR** al n. **00321** e al Registro del CONI al n. **19550**

**Richiede Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA**

**AGONISTICA  - NON AGONISTICA**

**DELLO SPORT: PATTINAGGIO ARTISTICO A ROTELLE**

**Per l'ATLETA:**

COGNOME..... NOME.....

Nato a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... N° .....

San Benedetto del Tronto, .....

**FIRMA DEL RESPONSABILE**

[www.diavoliverderosa.it](http://www.diavoliverderosa.it)