



COMITATO REGIONALE CAMPANIA

Modello "B"

*Alla struttura pubblica (A.S.L. – A.O. – A.U.P.)

*Al medico specialista in Medicina dello Sport

Oggetto: richiesta visita medica per l' idoneità alla pratica sportiva agonistica di cui al D.M. 18/02/1982

La società sportiva _____ con sede in _____ alla via _____ n. ____ affiliata alla **Federazione Italiana Canoa Kayak**, codice _____

CHIEDE

per il proprio atleta _____, nato a _____ prov. _____, il __/__/__, residente in _____ alla via _____ n. _____, la visita di valutazione medico sportiva per l' idoneità alla pratica sportiva agonistica per la pratica dello sport della canoa kayak.

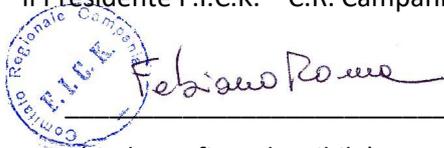
Tale atleta rientra per l'età nella fascia agonistica giovanile prevista per la disciplina.

prima affiliazione rinnova tessera n. _____

A.S.L. di appartenenza _____

Data _____

Il Presidente F.I.C.K. – C.R. Campania



(timbro e firma leggibile)

Il Presidente della società sportiva

(timbro e firma leggibile)

* scegliere il destinatario presso il quale si vuole effettuare la visita