

**ALLA UNITA' SANITARIA LOCALE N.3
DELLA REGIONE SICILIANA
SERVIZIO TUTELA SANITARIA MATERNO INFANTILE E DELL'ETA' EVOLUTIVA
Medicina dello Sport**

Data:.....

La società sportiva : **A.s.d. Kaos team**

Federazione Sportiva Nazionale (**F.I.N.**)
affiliata al :
Ente di promozione sportiva (**U.I.S.P.**) riconosciuto dal (**CONI**)

con sede sociale in : Catania via : Nepeta N° : 54

CHIEDE PER IL PROPRIO

atleta :

nato a : il :

residente a : via n.

documento di riconoscimento :

una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport :

prima affiliazione

rinnovo

Dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Firma del Presidente della Società Sportiva

.....