



A.S.D. ARCIERI DEL PIOVESE 06-078

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA DELLO SPORT (D.M. Sanità 18-02-1982)

Data _____

La società sportiva: **A.S.D. ARCIERI DEL PIOVESE 06-078**
con sede in **PIOVE DI SACCO (PD)**
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: **FitArco**
oppure Ente di Promozione Sportiva riconosciuto da: **C.O.N.I.**

CHIEDE per il proprio atleta

Nome e Cognome

Nato a il

Residente a

in Via

Codice Fiscale

Una visita medico sportiva con rilascio del certificato per idoneità alla pratica agonistica dello sport **TIRO CON L'ARCO**

- Visita medico sportiva
- Return to play (post Covid-19)

Situazione Vaccinale

Dose n° _____ effettuata il ____/____/_____ (Indicare numero e data ultima vaccinazione)

Data di guarigione da eventuale infezione Covid-19 ____/____/_____

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

*Timbro società e
firma presidente*

A.S.D. "Arcieri del Piovese" 06-078

c/o Convento Alberto - Via Mastellaro, 1/6 – 35028 Piove di Sacco (PD) cell.392 5056794
e-mail - info@arcieridelpiovese.it – www.arcieridelpiovese.it