



Richiesta per visita agonistica di Medicina dello Sport

L'Associazione Sportiva _____
con Sede Sociale in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
Città _____ Telefono _____ mail _____
Codice Fiscale dell'A.S.D. _____ Codice di Affiliazione UIKT _____

CHIEDE l'effettuazione di una Visita Medico Sportiva per l'idoneità **AGONISTICA** alla pratica del:
(Segnare le specialità richieste)

Kung Fu : Specialità contatto leggero e dimostrative (Tab. B):

Light San Da; Lei Tai light; Wui Shou, Chi Sao; Tao Lu, Wu Shu, Tai Ji, Shaolin

Kung Fu: Specialità a contatto pieno (Tab. B con esami integrativi EEG alla prima visita e dopo KO, Visita ORL con audiometria; Visita Oculistica con Fundus Oculi):

San Da, San Shou, Lei Tai Kun Lun Pro

per l'Atleta:

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ il _____ Residente a _____
C.A.P. _____ in Via/Piazza _____ n° _____
Telefono _____ A.S.L. _____ Codice Fiscale _____
Codice Sanitario Regionale _____

Il giorno della visita l'Atleta dovrà portare:

- Referto di un esame delle urine completo.
- Codice Fiscale e Libretto Sanitario
- Documento di riconoscimento

N.B. Per la visita di atleti **minorenni**, è **assolutamente necessaria la presenza di un genitore** o tutore esercente patria potestà sul minore, munito di delega, con fotocopia del documento di un genitore.

Il Sottoscritto _____ titolo potestà _____
Residente a _____ in Via/Piazza _____
Esercente la potestà sul minore _____ Da il consenso
alla pratica agonistica del **Kung Fu** (specialità richieste) e all'effettuazione dei relativi accertamenti medici previsti.

Luogo e Data _____ Firma leggibile _____