



**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO - NON AGONISTICO**

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

LA SOCIETA' SPORTIVA FLOW SSD A R.L.

Sede Sociale: Via TOGLIATTI N°5 Città RUBIERA (RE) C.A.P. 42048 Telefono: 05221694646 Codice Fiscale o Partita IVA:  
02985280359 Cod. affiliazione CONI: RE42

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

- AGONISTICA  
 NON AGONISTICA

DELLO SPORT

- BC002: DANZA SPORTIVA: danze accademiche (Danza Moderna e Contemporanea: Modern Jazz, Lyrical, Jazz, Graham, Cunningham, Limon e generi derivati)
- BC003: DANZA SPORTIVA: danze accademiche (Danza Classica: Tecniche di Balletto, Variazioni Libere, Pas de Deux, Repertorio Classico)
- BC011: DANZA SPORTIVA: street dance (Urban Dance: Hip Hop, Break Dance, Electric Boogie, Funk, Hype, Contaminazioni e stili derivati)
- BI001: GINNASTICA: Attività sportiva ginnastica finalizzata alla salute ed al fitness (metodi Funzionale, Yoga, Pilates, Acrobatica Aerea)
- BI002: GINNASTICA: Ginnastica Acrobatica (Pole Dance)
- DV017: VELA: Barche a Chiglia

Per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....  
Nato a ..... il .....  
Residente in ..... C.A.P. ....  
Via ..... N° .....  
Telefono .....

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.U. 2004**

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO DELLE MIE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI E DI NON ESSERE MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE MEDICO - SPORTIVE DI LEGGE. INOLTRE MI IMPEGNO A NON FARE USO DI DROGHE RICONOSCIUTE ILLEGALI E DO ATTO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOOL.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale  
..... Data.....