



**RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' AGONISTICA**

La Società Sportiva : _____

Affiliata a : **OPES ITALIA** Ente di Promozione Sportivo riconosciuto **CONI**
codice affiliazione _____

CHIEDE:

Visita medico sportiva per l' idoneità alla pratica agonistica dello sport equestre

Per il proprio atleta: _____ nato/a a _____ il _____

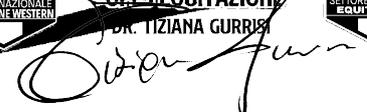
Residente in _____ Cap _____ Via _____ n° _____

C.F. atleta _____ cod. Reg. San. N° _____

Data Presentazione : _____

Il Presidente della Soc. Sportiva

Il responsabile Opes Settore Nazionale Equitazione


DR. TIZIANA GURRUS


Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n° _____

C.F. _____

Esercente la potestà sul minore **Nome** _____ **Cognome** _____

Dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata e alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Data _____ Firma _____