



La Società Sportiva **Team STAR SSD a.r.l.**, codice fiscale (P.IVA): 02687340469,

con sede legale ubicata in Viareggio affiliata a:

- Federazione Sportiva Nazionale riconosciuta dal CONI: **Federazione Italiana Triathlon (F.I.TRI)**
- Ente di Promozione Sportiva riconosciuta dal CONI: _____
- Discipline Sportive Associate riconosciute dal CONI: _____

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a: _____ Prov: ____ II ____ / ____ / ____

Residente a: _____ Via _____

- Visita medico sportiva per il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva **AGONISTICA** dello sport **Triathlon**
- Prima affiliazione
- Rinnovo
- Visita di controllo ai sensi dell'art. 4 della L.R. 35/2003

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico/non agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuto.

Data

Timbro della società

Firma del rappresentante della società

TEAM STAR S.S.D.A.R.L.
Via Ciabattini 83
55049 Viareggio - (LU)
P.I./C.F. : 02687340469

Il Presidente/L' Amministratore Unico

Da presentare al momento della visita medica:

1. Libretto sanitario sportivo (rinnovo)
2. Foto Tessera (prima affiliazione)
3. Modulo per la richiesta di visita medico sportiva sottoscritto dalla società sportiva di appartenenza
4. Certificato o libretto di vaccinazione antitetanica
5. Ricevuta pagamento ticket (se non esente)
6. Documento di riconoscimento in corso di validità
7. Tessera sanitaria