

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

L'Associazione Sportiva Dilettantistica Corpo e Mente ASD,
SEDE LEGALE: Torino, Corso Castelfidardo, 1, CAP 10128
SEDE OPERATIVA: Livorno, Scali Cerere 17, CAP 57122

P. IVA 12921080011 - Codice fiscale 97759700012
Codice affiliazione alla CSEN: 62516



CHIEDE

Visita medico sportiva **NON** agonistica per idoneità a tutte le attività sportive erogate dalla presente associazione, come descritto nello statuto attualmente in vigore:

Cognome _____
Nome _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____ CAP _____
Via _____ n° _____
Cell _____ Codice fiscale dell'atleta _____

Luogo e data

Torino 12 ottobre 2026

Il delegato dell'ASD

Associazione Corpo e Mente
Corso Bolzano, 2/E - 10121 TORINO
Tel. 011.197.122.21
P.I. 97759700012

PER GLI ATLETI MINORENNI, DA COMPILARE A CURA DEL GENITORE

Il sottoscritto, Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____ CAP _____
Via _____ n° _____
Cell _____ Codice fiscale _____

Esercente la potestà sul minore _____ dà il consenso
alla pratica delle discipline **NON** agonistiche effettuate da ACeM ASD e all'effettuazione
dei relativi accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato d'idoneità.

Luogo e data

Firma del Genitore