



**CENTRO POLIVALENTE LIMIDI a.s.d**  
 Sede: Via Papotti, 18 41019 Limidi di Soliera (MO)  
 Campo: Via Gambisa, 600 Limidi di Soliera (MO)  
 Tel. 059 565003 Fax. 059 565003  
 E-mail: polimidi.sezcalcio@gmail.com  
 Sito web: cetropolivalntelimidiasd.it



**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA  
 PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA  
 D.M. 28.02.1983 – L.R. 09/07/2003 n°35**

La Società sportiva.....CENTRO POLIVALENTE di LIMIDI A.S.D.....  
 affiliata a Federazione Sportiva Nazionale/Ente Promozione Sportiva  
 FEDERAZIONE ITALIANA GIOCO CALCIO - CONI.....

**CHIEDE**

per il proprio atleta.....  
 nato a.....il.....  
 residente in.....comune.....una visita medico  
 sportiva per il rilascio dell'attestato di idoneità alla **pratica non agonistica dello sport**  
**CALCIO**  
 .....

- / / Prima affiliazione
- / / Rinnovo

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

DATA .....

**CENTRO POLIVALENTE DI LIMIDI A.S.D.**  
 Via Papotti, 18 - Tel. 059 567222  
 41010 Limidi di Soliera (MO)  
 firma e timbro della società sportiva  
 C.F. 90016060361  
 CAMPO SPORTIVO - 059 565003

