



**RICHIESTA di CERTIFICATO di IDONEITÀ alla PRATICA  
di ATTIVITÀ SPORTIVA di TIPO NON AGONISTICO**

Al medico curante dell'atleta \_\_\_\_\_

Il sottoscritto GIUSEPPE PLANCHER nella sua qualità di Legale Rappresentante della Associazione Sportiva Dilettantistica ORIENTEERING PINE', con sede a Baselga di Pinè, in via del Ferar nr. 4, affiliata alla Federazione Italiana Sport Orientamento (F.I.S.O.) e al Centro Sportivo Italiano (C.S.I.)

CHIEDE

che l'atleta \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
sia sottoposto al controllo sanitario di cui alle norme vigenti ai fini del rilascio del Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico.

\_\_\_\_\_  
LUOGO

\_\_\_\_\_  
DATA

Il Presidente  
Giuseppe Plancher