RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA

SOCIETÀ

SOCIETÀ .....
indirizzo, n° .....
CAP - città (provincia) .....
telefono .....
cellulare .....
mail .....

....., li 18/11/2015

La società ..... con sede a .....

in via ..... numero .....

affiliata ad ASI con codice di affiliazione ..... in data ....., e di conseguenza iscritto

al registro del CONI, richiede **certificato di idoneità sportiva AGONISTICA** per il proprio atleta:

nome ..... cognome .....

di anni ..... nato a ..... il .....

residente a .....

in via ..... numero .....

per la pratica di CICLISMO
presso l'A.S.L. n° ..... di .....

Il Presidente della Società

.....

::motoasi.it::motoasi.it::motoasi.it::motoasi.it::motoasi.it::motoasi.it::motoasi.it::motoasi.it::motoasi.it::motoasi.it::motoasi.it::motoasi.it::