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

MOTOCLUB

MC .....

indirizzo, n° .....

CAP - città (provincia) .....

telefono .....

cellulare .....

mail .....

....., li 12/01/2015

Il motoclub ..... 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 MOTOCICLISMO, MOTOCROSS, CICLISMO, SCI, CORSA, SNOWBOARD...

presso l'A.S.L. n° ..... di .....

Il Presidente del motoclub

.....

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