

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

RICHIESTA Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA DELLO SPORT

Per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....

Nato a il.....

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono

Prima visita Rinnovo scadenza certificato

Data

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE
DELLA SOCIETA' SPORTIVA