RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA

Data _____

A.S.D. POLISPORTIVA SCI CLUB CURNO
Via 4 Novembre n.25 CURNO BG
Cap. 24035 C.F. 95146140165

La società sportiva _____
con sede in _____
Via _____ **n.** _____
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto

dal |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__| **con codice n.** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

per il proprio atleta _____
nato a _____ **il** _____
abitante a _____
Via / Piazza _____ **n.** _____

Una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica **non agonistica** dello sport

Tessera sanitaria n. |__|__|__| |__|__| |__|__|__|

Codice Fiscale n. |__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__||__||__|__|__|__|

Firma del Presidente e timbro della Società
Entrambi in originale su ogni copia

A.S.D. POLISPORTIVA SCI CLUB CURNO
Via 4 Novembre n.25 CURNO BG
Cap. 24035 C.F. 95146140165