



RICHIESTA VISITA MEDICA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA

Si richiede visita medica per l'idoneità alla pratica sportiva agonistica
dello sport Calcio per l'atleta:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ cap _____

Via _____ n° _____

Prima visita Rinnovo scadenza certificato _____

Data _____

Il Presidente della Società Sportiva

Diego Gottardo

ASD PolcenigoBudoia

Via Ciasaril, 16 - 33070 Polcenigo (PN)

C.F.: 91003230934

P.IVA: 00444280937

NB da consegnare all'atto della visita

Associazione Sportiva Dilettantistica PolcenigoBudoia

Via Ciasaril, 16 - 33070 Polcenigo (PN) - C.F. 91003230934 - P.Iva 00444280937

asdpolcenigobudoia@sole-web.com - asdpolcenigobudoia.sole-web.com