



VITAMEDICA
POLIAMBULATORIO

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA

La Società sportiva:

NOI San Paolo - APS
CF: 94006980265
Via Grecia, 2 - 31100 Treviso

TIMBRO SOCIETA'

CHIEDE per il proprio atleta:

una visita medico sportiva per il rilascio del certificato di idoneità sportiva:

AGONISTICA per lo sport: _____

Si dichiara che l'attività praticata dell'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuto.

NON AGONISTICA

Data, _____

Firma del Presidente



ASSOCIAZIONE
ASSOCIAZIONE S. PAOLO
Via Grecia, 2 - 31100 TREVISO
Cod. Fisc. 94006980265