

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

ASSOCIAZIONE SPORTIVA PALLAMANO SCUOLA VICENZA

Sede Sociale ..VIALE RIVIERA BERICA 165 (VI).. Tel. Sede Sociale..... 3398803962

CHIEDE

Visita medico sportiva per l' idoneità alla pratica agonistica dello sport

PALLAMANOper l' atleta

Cognome.....Nome.....

Nato a.....il.....

Residente in.....CAP.....

Via.....N°.....

DATA PRESTAZIONE.....



Francesco Loregian
LOREGIAN BRUNO FRANCESCO

Legale rappresentante Associazione

IL PRESIDENTE DELLA
SOC. SPORTIVA
(timbro e firma)

N.B. Il giorno della visita portare campione urine .

Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore.