



ASD COMUNALE FONTANAFREDDA

Via dello Sport 11/A
33074 Fontanafredda (PN)
Codice Fiscale e Partita IVA 01740460934
fontanafreddacalcio@gmail.com
www.fontanafreddacalcio.eu

Oggetto: richiesta rilascio certificato medico attività AGONISTICA.

Si richiede visita medica per l'idoneità' alla pratica agonistica del calcio per l'atleta:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Via _____ n° _____

Prima visita Rinnovo scadenza certificato _____

Data.....

Il Presidente

NB: da consegnare all'atto della visita