



NUOVO PORDENONE 2024 FC ASD

Oggetto: richiesta rilascio certificato medico attività AGONISTICA.

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

Cognome e nome atleta _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Via _____ n° _____

Prima visita [] Rinnovo [] scadenza certificato _____

Data

N.B. Da consegnare all'atto della visita

Il presidente
Zanotel Gian Paolo

