

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA

SOCIETA' SPORTIVA U.S. CARIGNANO A.S.D.

Sede Sociale Strada Montanara 544 Tel 3483739775

email us.amministrazione@libero.it, C.F./P.I. Soc. Sportiva 02412220341

CHIEDE

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

Cognome _____ **Nome** _____

Nato a _____ **il** _____

Residente in _____ **CAP** _____

Via _____ **N°** _____

☐ **PRIMA VISITA**

☐ **SCADENZA VISITA PRECEDENTE** _____

Parma li ____ / ____ / ____

IL PRESIDENTE

(o suo delegato)

(Timbro e Firma leggibili)

NOTA BENE: Il presente modulo compilato in ogni sua parte deve essere presentato presso la sede della società per la sua vidimazione in originale necessaria per il suo utilizzo

Call Center Medicina dello Sport: 800629444