



A.S.D. ORTIGARALEFRE



MODULO PER LA RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Al medico curante dell' atleta _____

Il sottoscritto FURLAN MARTINO in qualità di legale rappresentante della Società Sportiva
A.S.D. ORTIGARALEFRE affiliata alla F.I.G.C. Comitato Provinciale Autonomo di Trento

chiede

che l' atleta _____ nato il _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 28 FEBBRAIO 1983.

Data _____

il Presidente
Furlan Martino