



ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA CLIOGYM PERGINE

Modulo per richiesta certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto Tomasi Enrico nella sua qualità di legale rappresentante dell'Associazione Sportiva Dilettantistica Cliogym Pergine affiliata alla Federazione Ginnastica d'Italia

CHIEDE

che l'atleta _____ nato il _____

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

Data

Il Presidente

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
CLIOGYM PERGINE
Via Arsignelli, 22
36057 Pergine Valsugana (TN)
Partita I.V.A. 01888290226