



RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA  
della pallacanestro

Mestre, .....

La scrivente Associazione, affiliata alla Federazione Italiana Pallacanestro, Ente di promozione Sportiva riconosciuta dal CONI,

chiede per .....

nato/a a ..... il .....

residente in .....

una visita medico sportiva per acquisire l'idoneità alla pratica sportiva non agonistica della pallacanestro.

Distinti saluti

Il Presidente  
Andrea Brusò