



RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA 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 agonistica della pallacanestro.

Distinti saluti

Il Presidente  
Andrea Brusò