



A.S.D. PLAYSPOORT

RICHIESTA CERTIFICAZIONE AGONISTICA

Mediante la presente, in vista del tesseramento per la stagione sportiva 2015/2016, si richiede certificazione medica attestante l'idoneità alla pratica di attività sportiva agonistica (sport: Basket), per:

Nome: _____ Cognome: _____

Nato a: _____ il _____

Residente a: _____ (_____) in via _____ n° _____

Cod. Fisc: _____

Roma, 20/10/2015



A.S.D. PLAYSPOORT
Via Monsignor Giacci, 8
00040 Rocca Priora (RM)
C.F. 90068090589
www.asdplaysport.it

(asd Playsport - A. Pontrelli)