ESQUILINO Basketball asd

Via Ariosto 25 – 00185 ROMA
http//www.gsesquilino.it
E-Mail: segreteria@esquilinobasketball.it
Codice FIP: 040057 – C.F.: 97471290581 – cc/postale: 83605741

Spett.le

_____

Gentili Signori,
con la presente la scrivente Associazione Sportiva Dilettantistica chiede di sottoporre a visita medico-sportiva, al fine del rilascio del **CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA DELLA PALLACANESTRO**, il sotto indicato atleta, tesserato presso la Federazione Italiana Pallacanestro per il corrente anno sportivo 2026/2027:

(Cognome)	(Nome)

nato a _____ il _____

residente in _____ _____
(Città, Via/Piazza – numero civico) (CAP)

Recapiti telefonici _____ _____

A.S.L. di appartenenza _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Roma, _____ IL PRESIDENTE

N.B.: Compilare il modulo in ogni sua parte in caratteri stampatello.
Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore.
Il giorno della visita portare con sé:
1. referto analisi urine
2. tessera sanitaria