

Nome società richiedente

società affiliata FITARCO (Federazione Italiana Tiro con L'arco)

RICHIESTA VISITA MEDICA

Si richiede

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

Per l'atleta:

Nome Cognome

Residente in via

CAP *Comune*

Nato a *il*

Cod.fisc.

attività praticata : TIRO CON L'ARCO

data

il presidente

.....