

Padova\_\_\_\_\_

Con la presente la società\_\_\_\_\_

affiliata all'Unione Sportiva Acli, Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal CONI, con il CODICE DI AFFILIAZIONE \_\_\_\_\_, richiede la visita medica PER ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA per il socio\sa \_\_\_\_\_ nato\sa a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ per partecipare alle proposte di attività sportiva organizzate e continuative di \_\_\_\_\_

Cordiali Saluti

Il presidente della società\_\_\_\_\_