

Al medico curante dell'Atleta _____

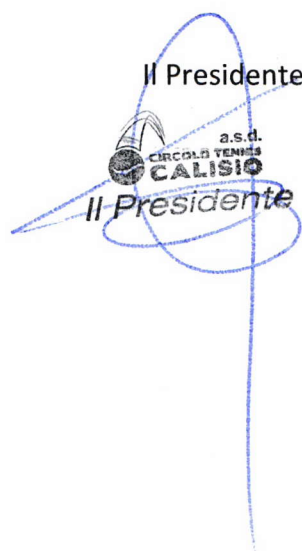
Il sottoscritto FUSCO SISTO nella sua qualità di legale rappresentate della Società Sportiva CIRCOLO TENNIS CALISIO A.S.D. affiliata alla FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS e iscritta nel registro nazionale del CONI n° 21190178

CHIEDE

che l'Atleta _____ nato il _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 28 febbraio 1983.

Trento li _____

Il Presidente

a.s.d.
CIRCOLO TENNIS
CALISIO
Il Presidente