

A.D. SCUOLA BASKET PADOVA SUD

Albignasego / /

Spett.le ULSS

Servizio di medicina sportiva

Oggetto :richiesta visita medico sportivo per l' idoneità alla pratica sportiva agonistica pallacanestro .

Con la presente richiediamo per il nostro/a atleta :

cognome :

nome :

la visita in oggetto

preghiamo di comunicare luogo data e orario della visita al genitore :

Sig.ra _____

Telefono _____

e-mail _____

distinti saluti.

Carlo Bettella

Scuola basket Padova Sud