



Spett.le

Oggetto: Visita medica sportiva

Si richiede gentilmente che il nostro giocatore _____

nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ Via _____

sia sottoposto ai seguenti esami richiesti dalla F.I.G.C. per l'attività sportiva:

Agonistica

☐

Non agonistica

☐

ESAME URINE

ELETTROCARDIOGRAMMA SOTTO SFORZO

ELETTROCARDIOGRAMMA A RIPOSO

SPIROMETRIA

Con rilascio del certificato medico d'abilitazione allo sport calcio

Appuntamento _____ ore ____/____/____

Si ringrazia anticipatamente porgendo Cordiali Saluti

A.S.D. FAVARO 1948

