



Società Sportiva Dilettantistica

**RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA**  
**PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**

La Terraglio Volley Srl chiede per la propria Atleta regolarmente tesserata presso la Federazione Italiana Pallavolo (FIPAV):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria n° \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica della PALLAVOLO, in particolare per la partecipazione al campionato \_\_\_\_\_ ed il rilascio del conseguente certificato di idoneità.

Ringraziamo per la collaborazione

Terraglio Volley Srl

**Terraglio Volley s.r.l.**

Via A. Penello 5-7, 30174 Mestre (VE)

P.I. 03986600272 Tel. 041-942534 Fax 041-942020 <http://www.terragliovolley.com>