A.S.D. GOSHIN DOJO JU JITSU ROVIGO – C.F. 93033880290

Affiliata Ente OPES Italia – Ente CSI – EPS Riconosciuti dal Coni

Anno sportivo: _____

OGGETTO: Certificato di richiesta visita medica.

*Con la presente, il sottoscritto **M° Mauro Franzoso**, in qualità di Presidente e Direttore Tecnico della A.S.D. Goshin Dojo Ju Jitsu Rovigo, affiliata C.S.I. ed OPES Italia quali EPS Riconosciuti dal CONI, con sede operativa in via della Cooperazione n° 6 di Rovigo (RO), è a richiedere la visita medica per le attività di Ju-Jitsu (arti marziali), all'allievo/a _____ residente in _____, nato/a a _____ il _____ C.F. _____*

Certificato agonistico SI NO

Certificato non agonistico SI NO

Si porgono cordiali saluti.

Rovigo, li _____

Il Presidente

(Mauro Franzoso)