Federazione Italiana Escursionismo

Modulo di richiesta visita medica per la Società

Fac-simile FIE · da stampare e compilare

Dati associazione

Associazione: _____ CF: _____

Presidente: _____ Contatti: _____

Dati tesserato

Cognome e nome: _____ Data nascita: _____

CF: _____ Tessera FIE: _____ Disciplina: _____

Tipologia: Non agonistica / Agonistica

Centro / Medico: _____ Data: _____ Firma: _____

Documento di sintesi a supporto delle associazioni affiliate FIE. Per pareri personalizzati contattare la Segreteria Nazionale / Commissione Legale e Tributaria.