

C.M.P. S.R.L.

CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO

MODULO CERTIFICATO MEDICO NON AGONISTICO

DATA.....

NOME SOCIETA' SPORTIVA

COGNOME **NOME**

NATO/A **IL**

RESIDENTE IN VIA **NR** **COMUNE**

TELEFONO

H:**CM** **PESO:** **P.A.:** **SPORT:**

ANAMNESI:

.....

E.O.

.....

.....