



A.S.D. San Lorenzo Campi Giovani

Via San Lorenzo N°46-50013 Campi B.(FI)
www.sanlorenzocampigiovani.it Tel./ Fax. 055-8966290
Partita IVA : 04675380481

Settore Giovanile e Scuola Calcio



OGGETTO: RICHIESTA VISITA MEDICA PER RIPRESA ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Con la presente, la Società **ASD San Lorenzo Campi Giovani**, richiede per l'atleta _____ nato a _____ il _____ visita medica di controllo per poter riprendere l'attività fisica, dopo aver contratto il virus Covid-19.

Il presidente
Straccali Claudio

A.S.D. San Lorenzo Campi Giovani
Via San Lorenzo,46-Tel.055/8954079
50013 CAMPI BISENZIO -FIRENZE
Partita IVA 04675380481
SDI : KRRH6B9