A.S.D. AMATORI CASTELFUSANO

fax: 0656304411 e-mail: acastelfusano@hatmail.com

13° TROFEO LIDENSE

Modulo Iscrizione Società

da inviare via fax o per e-mail

il sottoscritto …….

in qualità di Presidente della ……..

tel. …….. cell. …….. e-mail ……..……

chiede l'iscrizione degli atleti in elenco e certifica il regolare tesseramento alla FIDAL o altro ente di promozione sportiva e il possesso della certificazione medico sportiva agonistica degli stessi.

Cognome Nome	sesso	anno nascita	tessera FIDAL/Ente	donatore
……	……..	…….	……..……..	…….
……	……..	…….	……..……..	…….
……	……..	…….	……..……..	…….
……	……..	…….	……..……..	…….
……	……..	…….	……..……..	…….
……	……..	…….	……..……..	…….
……	……..	…….	……..……..	…….
……	……..	…….	……..……..	…….
……	……..	…….	……..……..	…….
……	……..	…….	……..……..	…….
……	……..	…….	……..……..	…….

data …….. firma ……..……