

Treviso 2 - 3 Dicembre 2023

SOCIETA'					
Presidente	Cognome:		Nome:		
e-mail				Cell.	
Tecnico 1	Cognome:		Nome:		
e-mail				Cell.	
Tecnico 2	Cognome:		Nome:		
e-mail				Cell.	
N°	CATEGORIA	DATA NASC.	COGNOME E NOME	SESSO	ENTE TESSERAMENTO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Dichiaro con la firma della presente che i sopra citati Atleti sono in regola con la Certificazione Medica prevista dalle norme di Legge

Data \_\_\_\_\_

Il Presidente \_\_\_\_\_

Quota per atleta € 80,00 da pagare prima dell'inizio dello stage

COMPILARE ED INVIARE A [segreteria@sportingtreviso.it](mailto:segreteria@sportingtreviso.it)