



A. S. Casting Team

10° TROFEO "Città di Gela"

VALEVOLE PER LA QUALIFICAZIONE COPPA ITALIA

20 Giugno 2009

MODULO ISCRIZIONE GARA

IL Presidente _____ della Società _____

Con sede in _____ via _____ n° _____ Prov. _____

C.A.P. _____ Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Regolarmente affiliata alla F.I.P.S.A.S per l'anno in corso chiede di iscrivere i seguenti Atleti :

ATLETA	COGNOME NOME	TESSERA FEDERALE
1	_____	N° _____
2	_____	N° _____
3	_____	N° _____
4	_____	N° _____
5	_____	N° _____
6	_____	N° _____
7	_____	N° _____
8	_____	N° _____
9	_____	N° _____
10	_____	N° _____

Il Presidente altresì dichiara che tutti gli Atleti sono in possesso di valido certificato attestante lo stato di buona salute depositato agli atti della società medesima.

N.B. SI PREGA DI COMPILARE IN MODO LEGGIBILE IL PRESENTE MODULO ED IN TUTTE LE SUE PARTI CON PARTICOLARE ATTENZIONE AI RECAPITI TELEFONICI.

Data _____

IL Presidente _____