MODULO D'ISCRIZIONE - QUINGDA

Individuale

Squadra

SCUOLA _____

ATLETI

DATA	***COGNOME NOME***	***PESO***	***CATEGORIA***

Il sottoscritto Presidente di Scuola dichiara che per tutti gli atleti/e iscrittia questa manifestazione la Società ha provveduto agli adempimenti prescritti dalle norme vigenti in Tutela sanitaria dell'attività sportiva e che la relativa certificazione medica è in possesso della Società.

Data _____ Presidente

_____