

ATTENZIONE: Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro Giovedì 24 Agosto via Fax allo 06 233213966 o in allegato via email a roma@tds-live.com unitamente alla copia del pagamento da effettuare tramite bonifico bancario



CIRCEO NATIONAL PARK TRAIL – 9[^] edizione

Sabaudia 26 Agosto 2017 ore 18,00

Ritiro pettorali il giorno della gara dalle ore 14 presso il Centro Visitatori del Parco Nazionale del Circeo sito in Sabaudia
in Via Carlo Alberto 107

IBAN IT59 K087 3874 1110 0000027276 intestato a **ASD Atletica Sabaudia**
(causale: Iscrizione Nome Cognome Circeo Trail 2017)

Info Line
3206409273

3472226728

Nome società

Codice FIDAL

Ente di promozione sportiva (Uisp, Aics, Libertas....)

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	Tipo Tesseramento*	Nazionalità	Indirizzo, città, provincia	Telefono e/o e-mail
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

* 1 - FIDAL agonisti M/F 2 - Ente di Promozione Sportiva o Altra Federazione (EPS) 3 - Runcard

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2017 e sono in regola con le vigenti norme sulla tutela sanitaria (certificato medico sportivo agonistico).

Il Presidente (Timbro e Firma)

.....

Data

Il Presidente

e-mail

Tel.

ATTENZIONE: Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro Giovedì 24 Agosto via Fax allo 06 233213966 o in allegato via email a roma@tds-live.com unitamente alla copia del pagamento da effettuare tramite bonifico bancario

Nome società

Codice FIDAL

Ente di promozione sportiva (Uisp, Aics, Libertas....)

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	Tipo Tesseramento*	Nazionalità	Indirizzo, città, provincia	Telefono e/o e-mail
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

* 1 - FIDAL agonisti M/F 2 - Ente di Promozione Sportiva o Altra Federazione (EPS) 3 - Runcard

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2017 e sono in regola con le vigenti norme sulla tutela sanitaria (certificato medico sportivo agonistico).

Il Presidente (Timbro e Firma)

.....

Data

Il Presidente

e-mail

Tel.