

ATTENZIONE : Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 20.00 di **GIOVEDI' 20 ottobre 2020** in allegato via email a atleticomrotondo@gmail.com



La Corsa della Croce Rossa

8° Memorial "Angelo Pinna"

Domenica 25 ottobre 2020

Ritrovo ore 08,00 Via E. Amaldi (zona industriale Ferramenta Riccioni)

Info: 347-6123608

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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 email
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

*1 – FIDAL agonisti 2 - Ente di promozione sportiva o Altra Federazione (EPS) 3 – Runcard

Gli atleti della categoria "Uomini assoluti" (Elite) devono dichiarare una media minima di 4' al km.

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2020 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 le ore 20.00 di **GIOVEDI' 20 ottobre 2020** in allegato via email a atleticomrotondo@gmail.com

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 email

*1 – FIDAL agonisti 2 - Ente di promozione sportiva o Altra Federazione (EPS) 3 – Runcard

Gli atleti della categoria "Uomini assoluti" (Elite) devono dichiarare una media minima di 4' al km.

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2020 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.