A. S. D. Casting Team

20° TROFEO
"Città di Gela"

VALEVOLE PER LA COPPA ITALIA

22 Giugno 2019

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 :

COPPIA	COGNOME NOME	TESSERA FEDERALE	CENA SI/NO
A			
B			
C			
D			
E			
F			

Compilare in modo esatto e leggibile il presente modulo, ed inviarlo a mezzo e-mail a: info@castingteam.it oppure a: zagarini71@gmail.com, entro e non oltre le ore 20:00 del 19 Giugno 2019, si fa presente inoltre che alla gara sono ammessi 80 coppie, pertanto raggiunto il numero le iscrizioni sono da considerarsi chiuse

Data_____

IL Presidente

_____