

ATTENZIONE: Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 24.00 di MERCOLEDI' 21 Luglio 2021 via email a lazio@tds.sport



FIERA DEL FITNESS

Ladispoli In Corsa – 25 luglio 2021

Ritiro pettorali Sabato 24 Luglio dalle ore 10 alle ore 17 c/o LBM Sport e PER I RESIDENTI A LADISPOLI E DINTORNI dalle ore 10 alle ore 18 c/o PROFESSIONE CICLISMO, Via Settevene Palo 33 - Ladispoli

Info Line

www.gruppomillepiedi.it

3288437343

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								
13								
14								

* 1 - FIDAL agonisti 2 - Runcard

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2021 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 24.00 di **MERCOLEDI' 21 Luglio 2021** via email a laio@tds.sport

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
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

* 1 - FIDAL agonisti 2 - Runcard

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2021 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.