



A.V.R.E.S.

ONLUS

Tel 0165 -767250 fax 0165-767148



Società _____ tel _____ fax _____ e-mail _____

Istruttore CIP _____ tel _____ fax _____ e-mail _____

Su eventuale delega di _____ data e firma _____

N° tessera CIP	Nome e cognome	Data di nascita	Profilo (se già classificato)	Grado (se già classificato)	TEST (grado e n° e/o grado Kur)	Nome cavallo (se proprio)	ADATTAMENTI/ Caratteristiche del cavaliere

Si dichiara sotto la propria responsabilità che tutti gli atleti iscritti sono in regola con le vigenti disposizioni in materia di tutela sanitaria delle attività sportive (vaccinazione antitetanica e IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA) e che risultano tesserati al CIP per l'anno sportivo in corso.

Firma del Presidente della Società sportiva