



Comitato Olimpico Nazionale Italiano



A.V.R.E.S.

ONLUS

Tel 0165 -767250 fax 0165-767148

Società _____ tel _____ fax _____

Istruttore CIP _____ tel _____ fax _____

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 ca (se proi

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

