



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.*

