



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