 ***TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Anzio”*  ANZIO (RM) 9 – 10 MARZO 2024**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod. Società A.C.S.I.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOCIETA’**  |  |  **Prov. ( )** |
| **Dir. Resp.** |  | Cognome:  | Nome: |
| **Mail** |  |   | **Cell.** |
| **Tecnico** |  | Cognome: | Nome: |
| **Mail** |  |  | **Cell.** |
| **Iscrizione**  |  | **DEFINITIVE** **Entro 20 FEBBRAIO 2024**   |  **Cancellazioni 27 FEBBRAIO 2024** |

**SCHEDA ISCRIZIONE - COPPIE ARTISTICO - ATTIVITA' PROMOZIONALE *-* Gruppi Classic - Master - Professional**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **SOCIETA’** | **CATEGORIA** | **COGNOME** | **NOME** | **ANNO** | **TESSERA** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |



Dichiaro che i sopra citati Atleti sono in regola con la Certificazione Medica prevista dalle norme di Legge e che la stessa è giacente presso la Sede della Società.-

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DIRIGENTE RESPONSABILE**

 ……………………………………………

 ***TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Anzio”*  ANZIO (RM) 9 – 10 MARZO 2024**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod. Società A.C.S.I.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOCIETA’**  |  **Prov. ( )** |
| **Dir. Resp.** | Cognome:  | Nome: |
| **Mail** |   | **Cell.** |
| **Tecnico** | Cognome: | Nome: |
| **Mail** |  | **Cell.** |
| **Iscrizione**  | **DEFINITIVE** **Entro 20 FEBBRAIO 2024**  |  **Cancellazioni 27 FEBBRAIO 2024** |

**SCHEDA ISCRIZIONE - COPPIE ARTISTICO - LIVELLI *-* Primavera ACSI - Juniores ACSI - Azzurrini - ACSI Giovani - Special**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **SOCIETA’** | **CATEGORIA** | **COGNOME** | **NOME** | **ANNO** | **TESSERA** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |



Dichiaro che i sopra citati Atleti sono in regola con la Certificazione Medica prevista dalle norme di Legge e che la stessa è giacente presso la Sede della Società.-

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DIRIGENTE RESPONSABILE**

 ……………………………………………