

Campionati Italiani Paralimpici Assoluti Olbia, 16-19 novembre 2017

SOCIETA' SPORTIVA: _____ E-mail _____ Tel. _____ Cell. _____ RESPONSABILE Sig. _____ E-mail _____							
n	tessera	COGNOME	NOME	Nato il	M/F	Categoria Assegnata	Categoria Presunta
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
ACCOMPAGNATORI N. _____ TECNICI N. _____							

da inviare a m.barboni@fispes.it e saspo@tiscali.it entro e non oltre il 5 novembre 2017.

Si dichiara che tutti gli atleti iscritti al torneo sono in possesso di certificato medico di idoneità agonistica in corso di validità.

Timbro e firma della Società Sportiva