



CATEGORIA : _____ DATA _____ SEDE: _____

NOME SQUADRA: _____ CODICE SOCIETA' _____

Responsabile _____ tel. _____

GIOCATORE 1: Nome _____ Cognome _____

Data di Nascita _____ Luogo _____

GIOCATORE 2: Nome _____ Cognome _____

Data di Nascita _____ Luogo _____

GIOCATORE 3: Nome _____ Cognome _____

Data di Nascita _____ Luogo _____

GIOCATORE 4: Nome _____ Cognome _____

Data di Nascita _____ Luogo _____

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DICHIARA CHE TUTTI GLI ATLETI ELENCATI SONO TESSERATI CON LA FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO E IN REGOLA CON LA CERTIFICAZIONE SANITARIA.

FIRMA RESPONSABILE
