

da compilare in ogni sua parte e da inviare a atleticanovese@atleticanovese.it

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

CATEGORIA _____

SOCIETA' _____

COD.SOC. _____

N°TESS. FIDAL _____

EPS _____ *N°TESS. EPS _____

*N° TESS. RUNCARD _____

DATA SCADENZA CERTIFICATO MEDICO _____

TEL. _____

Indirizzo Mail _____

DATA _____

FIRMA _____

La quota d'iscrizione può essere versata il giorno della gara al ritiro del pettorale.

***Per tesserati RUNCARD ed EPS allegare Tessera e Certificato Medico Agonistico valido entro 25/04/25.**

Ricevuta di Iscrizione

Nome: _____ Cognome: _____

Società: _____ Pagato il: ____ / ____ / ____