

DOMANDA DI ISCRIZIONE - CAMPIONATO OVER 60 2015/2016

SQUADRA	Sede _____					
Via: _____	CAP: _____	Telefono: _____				
Giorno di Chiusura: _____	Numero Biliardi di Gioco		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">4</td> </tr> </table>	2	3	4
2	3	4				
CAPITANO	Indirizzo	Via _____				
CAP: _____	Località: _____	Telefono: _____				
Cellulare: _____	E-mail: _____					

ELENCO GIOCATORI

N°	COGNOME E NOME	Data Nascita	Luogo	INDIRIZZO	FIRMA
C					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					