|  |
| --- |
| **SCHEDA ISCRIZIONE SQUADRE****da inviare via mail a** asdpattinaggioaurora@libero.it |
| **Denominazione Società** |  |
| **Numero Affiliazione**  |  |
| **Nome e Cognome Dirigente Responsabile**  |  |
| **Telefono o cellulare** |  |
| **Mail di riferimento** |  |

**Se già presentate iscrizioni con modulo UISP è sufficiente indicare per ogni squadra il Cognome e Nome dell’atleta.**

**SQUADRA 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ATLETA:** **COGNOME E NOME** | **Livello** | **Anno****Nascita** | **Sesso** | **Numero****Tessera** |
| 01 |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |

**SQUADRA 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ATLETA:** **COGNOME E NOME** | **Livello** | **Anno****Nascita** | **Sesso** | **Numero****Tessera** |
| 01 |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |

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.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE