



# IV<sup>a</sup> SPARTAN DIVERTICAL RACE

Monte Compatri, 1 MAGGIO 2019 ore 9:30



**ATTENZIONE** : Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 20.00 di lunedì 29 Aprile 2019 via Fax allo 06.9486267 oppure inviando una e-mail all'indirizzo : [presidente@spartansportacademy.it](mailto:presidente@spartansportacademy.it)

Nome società

Codice FIDAL

Ente di promozione sportiva (Uisp, Aics, Libertas...)

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	Nazionalità	Numero di Tessera
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

\* TIPO DI TESSERAMENTO : specificare 1 - FIDAL agonisti 2 - Ente di Promozione Sportiva o Altra Federazione (EPS)

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i \_\_\_\_\_ ( indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2018 e sono in regola con le vigenti norme sulla tutela sanitaria (certificato medico sportivo agonistico).

**Il Presidente (Timbro e Firma)**

.....

Data

Il Presidente

e-mail

Tel

**ATTENZIONE** : Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 20.00 di DOMENICA 29 Aprile 2018 via Fax allo 06.9486267 oppure inviando una e-mail all'indirizzo : presidente@spartansportacademy.it

Nome società

Codice FIDAL

Ente di promozione sportiva (Uisp, Aics, Libertas....)

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	Nazionalità	Numero di Tessera
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						

\* TIPO DI TESSERAMENTO : specificare 1 - FIDAL agonisti 2 - Ente di Promozione Sportiva o Altra Federazione (EPS)

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i \_\_\_\_\_ ( indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2019 e sono in regola con le vigenti norme sulla tutela sanitaria (certificato medico sportivo agonistico). Pag.....di .....

**Il Presidente (Timbro e Firma)**

.....

Data

Il Presidente

e-mail

Tel