



## RUN FOR AUTISM 7 Aprile 2024 - P.za Bocca della Verità



GRUPPO		Indirizzo sociale							
Mail		Referente		Telefono					
Atleti partecipanti									
	Pettorale	Cognome	Nome	Sesso	data nascita	Tessara n°	PAGATO		Taglia
							SI	NO	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Con la sottoscrizione dell'iscrizione il GRUPPO dichiara di conoscere e accettare il regolamento della gara. Solleva l'Organizzazione da ogni responsabilità.

Io sottoscritto (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Presidente della Società Sportiva \_\_\_\_\_

dichiaro sotto la mia responsabilità che tutti gli iscritti sono in regola con il tesseramento per l'anno in corso e in regola con le visite mediche agonistiche

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Dopo aver compilato il modulo, spedirlo via mail: [segreteriaiscrizioni123@gmail.com](mailto:segreteriaiscrizioni123@gmail.com)**