**MODULO ISCRIZIONE “5000 A COPPIE** ”

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NOME** |
|  | **COGNOME** |
|  | **DATA DI NASCITA** |
| **ATLETA 1** | **SOCIETA’ COD SOC** |
|  | **N° TESS. FIDAL** |
|  | **DATA SCADENZA CERTIFICATO MEDICO** |
|  | **TEL MAIL** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NOME** |
|  | **COGNOME** |
|  | **DATA DI NASCITA** |
| **ATLETA 2** | **SOCIETA’ COD SOC** |
|  | **N° TESS. FIDAL** |
|  | **DATA SCADENZA CERTIFICATO MEDICO** |
|  | **TEL MAIL** |

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