

Federazione Italiana Sport da Combattimento

W. P. K. A. - I.S.D.O
World Pan-amateur Kickboxing Association
International Self Defence Organization

CENTRO NAZIONALE SPORTIVO FIAMMA
 ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL MINISTERO DELL'INTERNO

_____ li, _____

<i>Società - School</i>	
<i>Indirizzo - adress</i>	
<i>Maestro - Master</i>	

AUTOCERTIFICAZIONE ATLETI MAGGIORENNI - APPLICATION FORM ATHLETES AGE

	<i>Cognome Nome - Name</i>	<i>nato il date of birth</i>	<i>Firma - Signature</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
	TOTALE	€.	

N.B. ATTENZIONE con la compilazione del seguente modulo si dichiara che gli atleti partecipanti sono in regola con l'Assicurazione, il riconoscimento Sportivo ed il certificato medico agonistico, secondo le norme vigenti. Pertanto si manleva la F.I.S.C. e gli organizzatori da ogni Responsabilità su eventuali incidenti.

Cognome Nome _____

numero di documento _____

Firma del Accompagnatore Responsabile _____