

MODULO ISCRIZIONE TRAIL DI FONTESANTA ED. "0"

NOME

COGNOME

SESSO

M	F
---	---

DATA DI NASCITA

--	--	--

INDIRIZZO

TELEFONO

E-MAIL

SCADENZA CERT. MEDICO

NOME SOCIETA'

COD.SOCIETA'

N.TESSERA

taglia maglia tecnica

S	M	L	XL
---	---	---	----

(fino ad esaurimento taglie)

PERSONE ACCOMPAGNATRICI

MODALITA' DI PAGAMENTO

<input type="checkbox"/>	Versamento di euro 15,00 su c/c postale n. 2102361 intestato Cellini Luigi (pres. Podisti Grassina)
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	contanti
--------------------------	----------

DATA

--	--	--

FIRMA

INVIARE MODULO ISCRIZIONE, RICEVUTA PAGAMENTO E COPIA CERTIFICATO MEDICO (o Tessera Società) al

FAX n. 055/0517596