**  *TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Anzio”*  ANZIO (RM) 9 – 10 Marzo 2024**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod. Società A.C.S.I.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOCIETA’**  |  **Prov. ( )** |
| **Dir. Resp.** | Cognome:  | Nome: |
| **Mail** |   | **Cell.** |
| **Tecnico** | Cognome: | Nome: |
| **Mail** |  | **Cell.** |
| **Iscrizione**  | **DEFINITIVE** **20 Febbraio 2024**   |  **Cancellazioni 27 Febbraio 2024** |

|  |
| --- |
| **SCHEDA ISCRIZIONE ATLETI : SOLO DANCE « ATTIVITA’ PROMOZIONALE ACSI «**  |
| **N°** | **CATEGORIA** | **ATLETA** | **ANNO** | **TESSERA** | **M** | **F** | **COD.** | **SOCIETA’** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiaro che i sopra citati Atleti sono in regola con la Certificazione Medica prevista dalle norme di Legge e che la stessa è giacente presso la Sede della Società.-

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DIRIGENTE RESPONSABILE**

 ……………………………………………

** *TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Anzio”*  ANZIO (RM) 9 – 10 Marzo 2024**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod. Società A.C.S.I.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOCIETA’**  |  |  **Prov. ( )** |
| **Dir. Resp.** |  | Cognome:  | Nome: |
| **Mail** |  |   | **Cell.** |
| **Tecnico** |  | Cognome: | Nome: |
| **Mail** |  |  | **Cell.** |
| **Iscrizione**  |  | **DEFINITIVE** **20 Febbraio 2024**   |  **Cancellazioni 27 Febbraio 2024** |

|  |
| --- |
| **SCHEDA ISCRIZIONE ATLETI : FREE DIVISIONE NAZIONALE ACSI** **----- Si Precisa -----****\*\*\* Le Atlete per Poter Eseguire la gara FREE DIVISIONE NAZIONALE ACSI devono essere Iscritte****alla Gara degli Obbligatori della Medesima Categoria \*\*\*** |
| **N°** | **CATEGORIA** | **ATLETA** | **ANNO** | **TESSERA** | **M** | **F** | **COD.** | **SOCIETA’** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiaro che i sopra citati Atleti sono in regola con la Certificazione Medica prevista dalle norme di Legge e che la stessa è giacente presso la Sede della Società.-

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DIRIGENTE RESPONSABILE**

 ……………………………………………

** *TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Anzio”*  ANZIO (RM) 9 – 10 Marzo 2024**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod. Società A.C.S.I.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOCIETA’**  |  **Prov. ( )** |
| **Dir. Resp.** | Cognome:  | Nome: |
| **Mail** |   | **Cell.** |
| **Tecnico** | Cognome: | Nome: |
| **Mail** |  | **Cell.** |
| **Iscrizione**  | **DEFINITIVE** **20 Febbraio 2024**   |  **Cancellazioni 27 Febbraio 2024** |

|  |
| --- |
| ***SCHEDA ISCRIZIONE ATLETI : SOLO DANCE « NAZIONALE «  \*\*\* FISR \*\*\**** |
| **N°** | **CATEGORIA** | **ATLETA** | **ANNO** | **TESSERA** | **M** | **F** | **COD.** | **SOCIETA’** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiaro che i sopra citati Atleti sono in regola con la Certificazione Medica prevista dalle norme di Legge e che la stessa è giacente presso la Sede della Società.-

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DIRIGENTE RESPONSABILE**

 ……………………………………………

**  *TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Anzio”*  ANZIO (RM) 9 – 10 Marzo 2024**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod. Società A.C.S.I.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOCIETA’**  |  **Prov. ( )** |
| **Dir. Resp.** |  Cognome:  | Nome: |
| **Mail** |   | **Cell.** |
| **Tecnico** |  Cognome: | Nome: |
| **Mail** |  | **Cell.** |
| **Iscrizione**  |  **DEFINITIVE** **20 Febbraio 2024**   |  **Cancellazioni 27 Febbraio 2024** |

|  |
| --- |
| **SCHEDA ISCRIZIONE ATLETI : SOLO DANCE «  INTERNAZIONALE «*\*\*\* FISR \*\*\**** |
| **N°** | **CATEGORIA** | **ATLETA** | **ANNO** | **TESSERA** | **M** | **F** | **COD.** | **SOCIETA’** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiaro che i sopra citati Atleti sono in regola con la Certificazione Medica prevista dalle norme di Legge e che la stessa è giacente presso la Sede della Società.-

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DIRIGENTE RESPONSABILE**

 ……………………………………………