

| | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ALL | | | | | | | | | | |
| DIR | | | | | | | | | | |
| DIR | | | | | | | | | | |

CAMPI OBBLIGATORI DA COMPILARE

TIPI DI ASSICURAZIONE (LEGENDA): A1 costo €5,00 A2 costo €25,00

Tutti i partecipanti apponendo la propria firma sul presente documento dichiarano di essersi sottoposti alle specifiche visite mediche e di esser in possesso di regolare certificato di idoneità sportiva, al fine di preservare la propria integrità fisica e dichiarano inoltre di aver effettuato l'assicurazione per eventuale danno fisico riportato nel torneo sollevando da ogni responsabilità l'organizzazione del torneo. Dichiara inoltre di aver preso visione e approvato il regolamento generale della manifestazione a cui si riferisce il presente modulo.

Luogo e Data _____

In fede, il dirigente responsabile della squadra _____

