

*** Solo per i Fighters – obbligatorio**
**** Compilazione e firma obbligatoria**

Gare del 26/10/2025 – Colfelice (Fr)

Il sottoscritto.....in qualità di Presidente della A.S. e/o Team, dichiara sotto la propria responsabilità che gli Atleti sotto elencati sono in possesso del Certificato Medico a norma Disposizioni Sanitarie vigenti e coperti da assicurazione sportiva e manleva l'organizzazione dell'evento da ogni responsabilità e/o danno derivante ai propri atleti per la partecipazione allo stesso. Dichiara inoltre di avere preso visione dei regolamenti di gara e di accettarli.

Firma.....

SCUOLA - SCHOOL, TEAM OR KWON NAME

MAESTRO - TEAM LEADER NAME

INDIRIZZO - ADDRESS

E-MAIL

N°	NOME	COGNOME	DATA NASCITA	M/F	CATEGORIE	PESO *	ALTEZ *	NUMERO MATCH *
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

*** Nella colonna Numero Match vanno indicati gli incontri disputati in carriera dall'atleta onde evitare disparità in eventuali accorpamenti di categorie.**

inserire qui il codice affiliazione ASI anno 2025