|  |  |
| --- | --- |
|  **\* Solo per i Fighters – obbligatorio****\*\*Compilazione e firma obbligatoria****Gara Open e Coppa Italia ASI – Marano di Napoli 17/03/2024** | **\*\***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.Data…………………….. Firma……………………………………………..  |
|  **SCUOLA - SCHOOL, TEAM OR KWOON 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.**  |
| **Note : Per gli Affiliati EPS ASI Nazionale (esclusi Gruppo Amado) partecipanti alla assegnazione Coppa Italia Asi inserire qui il codice affiliazione della ASD.**  |