TESSERAMENTO
ATLETI
SENIOR/MASTER
ANNO 2023

FITRI Federazione Italiana Triathlon

SCHEDA
TESSERAMENTO
SENIOR/MASTER

Società Podistica Solidarietà

Il/La sottoscritto/a* _____ **sesso*** |__|

Nato/a a* _____ **Prov*** |__|__| **il*** ____/_____/_____

C.F*. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in V/P.zza* _____ **n*.** _____ **C.A.P*.** |__|__|__|__|__|

Città* _____ **Prov*** |__|__| **Tel*** ____/_____ -

email_____

Società di provenienza se trasferito/a* _____

Firma atleta*

_____

Il sottoscritto in qualità di Presidente della Società dichiara che gli atleti di cui è stato richiesto il tesseramento nel presente modulo, sottoposti alla visita medica prescritta dalle vigenti norme sanitarie sportive, sono stati dichiarati idonei all'attività sportiva, e che i certificati medici agonistici, sono depositati presso la Società.

_____li, _____/_____/_____

Il Presidente

_____