



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod. Società A.C.S.I.** | |  |  |  |  |  |  |  | |
| **SOCIETA’** | **Prov. ( )** | | | | | | | | |
| **Dir. Resp.** | Cognome: | | | | | | | | Nome: |
| **Mail** |  | | | | | | | | **Cell.** |
| **Tecnico** | Cognome: | | | | | | | | Nome: |
| **Mail** |  | | | | | | | | **Cell.** |
| **Iscrizione** | **DEFINITIVE**  **Entro 20 Aprile 2024** | | | | | | | | **Cancellazioni 25 Aprile 2024** |

***TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Montesilvano” \*Memorial Achille Santoro\****

**MONTESILVANO (PE) 04 – 05 Maggio 2024**

**Categorie: Pre-Giovanissimi M / F Anni 6 (2016)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CATEGORIA** | **COGNOME** | **NOME** | **M** | **F** | **ANNO** | **TESS.** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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**

……………………………………………



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod. Società A.C.S.I.** | |  |  |  |  |  |  |  | |
| **SOCIETA’** | **Prov. ( )** | | | | | | | | |
| **Dir. Resp.** | Cognome: | | | | | | | | Nome: |
| **Mail** |  | | | | | | | | **Cell.** |
| **Tecnico** | Cognome: | | | | | | | | Nome: |
| **Mail** |  | | | | | | | | **Cell.** |
| **Iscrizione** | **DEFINITIVE Entro 20 Aprile 2024** | | | | | | | | **Cancellazioni 25 Aprile 2024** |

*3*

***TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Montesilvano” \*Memorial Achille Santoro\****

**MONTESILVANO (PE) 04 – 05 Maggio 2024**

**Giovanissimi A / Giovanissimi B / Esordienti A e B / Esordienti Regionali A e B / Allievi A e B / Allievi Regionali A-B-C /Cadetti / Jeunesse / Juniores / Seniores / Divisione Nazionale A - B - C - D**

**Si prega fare l'iscrizione esclusivamente per ordine di Categoria**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CATEGORIA** | **COGNOME** | **NOME** | **M** | **F** | **ANNO** | **TESS.** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |  |  |  |

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**

……………………………………