 **TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Montesilvano” \*Memorial Achille Santoro\* Montesilvano 04 / 05 Maggio 2024**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA ISCRIZIONE ATLETI : SOLO DANCE « ATTIVITA’ PROMOZIONALE ACSI «** | | | | | | | | |
| **N°** | **CATEGORIA** | **ATLETA** | **ANNO** | **TESSERA** | **M** | **F** | **COD.** | **SOCIETA’** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |  |

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**

……………………………………………

 **TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Montesilvano” \*Memorial Achille Santoro\* Montesilvano 04 / 05 Maggio 2024**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA ISCRIZIONE ATLETI : DIVISIONE NAZIONALE ACSI**  **----- Si Precisa ----- Gli Atleti Dovranno eseguire 2 Danze Obbligatorie per accedere al Free** | | | | | | | | |
| **N°** | **CATEGORIA** | **ATLETA** | **ANNO** | **TESSERA** | **M** | **F** | **COD.** | **SOCIETA’** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |  |

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**

……………………………………………

 **TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Montesilvano” \*Memorial Achille Santoro\* Montesilvano 04 / 05 Maggio 2024**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA ISCRIZIONE ATLETI : FREE DIVISIONE NAZIONALE ACSI**  **----- Si Precisa ----- La partecipazione degli Atleti è vincolata alla gara di obbligatori della medesima categoria** | | | | | | | | |
| **N°** | **CATEGORIA** | **ATLETA** | **ANNO** | **TESSERA** | **M** | **F** | **COD.** | **SOCIETA’** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |  |

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**

……………………………………………

 **TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Montesilvano” \*Memorial Achille Santoro\* Montesilvano 04 / 05 Maggio 2024**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA ISCRIZIONE ATLETI : SOLO DANCE ACSI «  DUO F / M «** | | | | | | | | |
| **N°** | **CATEGORIA** | **ATLETA** | **ANNO** | **TESSERA** | **M** | **F** | **COD.** | **SOCIETA’** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |

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**

………………………………………

 **TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Montesilvano” \*Memorial Achille Santoro\* Montesilvano 04 / 05 Maggio 2024**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***SCHEDA ISCRIZIONE ATLETI : SOLO DANCE « NAZIONALE «  \*\*\* FISR \*\*\**** | | | | | | | | |
| **N°** | **CATEGORIA** | **ATLETA** | **ANNO** | **TESSERA** | **M** | **F** | **COD.** | **SOCIETA’** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |  |

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**

……………………………………………

 **TROFEO INTERREGIONALE ACSI “Città di Montesilvano” \*Memorial Achille Santoro\* Montesilvano 04 / 05 Maggio 2024**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA ISCRIZIONE ATLETI: SOLO DANCE «  INTERNAZIONALE «*\*\*\* FISR \*\*\**** | | | | | | | | |
| **N°** | **CATEGORIA** | **ATLETA** | **ANNO** | **TESSERA** | **M** | **F** | **COD.** | **SOCIETA’** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |  |

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**

……………………………………………