



MANIFESTAZIONE: _____

LUOGO E DATA DI SVOLGIMENTO: _____

REGIONE _____

SETTORE

A.T.	GAF	GAM
------	-----	-----

Associazione Sportiva _____

Via _____ CAP _____ LOCALITA' _____ Tel. _____

=====

1	Cognome e nome atleta	Luogo e data di nascita	Categor.	Fascia	Parall. X	N.Tessera
			Squadra			
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Tecnico Accompagnatore: 1 _____

Tecnico Accompagnatore: 2 _____

Il sottoscritto dichiara che è in possesso delle domande d'ammissione a socio dei singoli atleti di cui sopra e che i certificati medici attestanti l'idoneità alla pratica sportiva, con scadenza non inferiore a 30 giorni successivi la data di effettuazione della manifestazione, sono depositati presso la sede dell'associazione di appartenenza. Dichiara, pertanto, che gli stessi sono in regola con la loro posizione sanitaria come prescritto dalla normativa vigente e che (sia gli accompagnatori dirigenti e tecnici, sia gli atleti) sono a conoscenza della polizza assicurativa stipulata tra US Acli e la compagnia Assicuratrice. Pertanto, solleva gli organizzatori della gara da qualsiasi richiesta d'integrazione economica per incidenti e danni che possano verificarsi prima, durante e dopo lo svolgimento della suddetta manifestazione salvo quanto previsto dal rapporto assicurativo stesso.

Luogo _____ Data _____

Il Presidente

_____ timbro e firma