

COPPA COMITATO 2019/2020

L'Affiliato _____

Indirizzo della sede di gioco _____

Tel. Circolo _____ Fax _____ indirizzo mail _____

Nominativo responsabile _____ recapito telefonico _____

chiede l'iscrizione della seguente squadra:

gruppo

A	B	C	D
---	---	---	---

☐ Maschile

MISTA

☐

gruppo

A	B	C	D
---	---	---	---

☐ Femminile

(barrare il campionato che interessa)

FORMAZIONE DELLA SQUADRA

massimo n. 6 giocatori/trici

	Nome e Cognome	Class.	Nr. Tessera FIT
1			
2			
3			
4			
5			
6			

marca di palle di gioco _____ superficie campi coperti _____

scelta della giornata di gioco: ☐ Sabato ore 15,00

☐ Domenica ore 10,00

☐ Domenica ore 15,00

Nominativi GAC _____

Il Presidente dell'Associazione dichiara che tutti i giocatori riportati in formazione e che disputeranno il campionato invernale risultano tutti in possesso di tessera agonistica e sono in regola con le vigenti norme in materia di idoneità fisica all'attività agonistica.

Il Presidente dell'Associazione

firma e timbro circolo

***ogni scheda deve essere utilizzata per l'iscrizione ad un solo campionato invernale**

COMITATO REGIONALE FIT VENETO

Via Zamenhof 803,
36100 Vicenza

tel. +39 0444 911230

email: crveneto@federtennis.it
federtennis.it/Siti-regionali/Veneto