FEDERAZIONE
ITALIANA
SCUOLE
DI KARATE

Modulo Iscrizione Atleti **G**ruppo **F**ederale **A**gonisti anno 20__/20__

La Società _____

Città _____ cod. FE.I.S.KA._____

Tel _____ e-mail _____

Chiede che gli atleti sotto elencati siano ammessi al Gruppo Federale Agonisti

N° tessera	Cognome	Nome	M / F	anno di nascita	Grado	Categoria	Peso kg	Cert. medico	Quota

ALLEGARE: *Certificato medico sportivo per attività agonistica* **in corso di validità** *e dichiarazione dei minori.*

Data _____ *Firma del Presidente* _____