TESSERAMENTO
ATLETI
SENIOR/MASTER
ANNO 2025

FITRI Federazione Italiana Triathlon

SCHEDA TESSERAMENTO SENIOR/MASTER

Società

Il/La sottoscritto/a* _____ **sesso*** |__|

Nato/a a* _____ **Prov*** |__|__| **il*** ____/_____/_____

C.F*. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in V/P.zza* _____ **n*.** ____ **C.A.P*.** |__|__|__|__|__|

Città* _____ **Prov*** |__|__| **Tel*** ___/_____ -

email_____

Società di provenienza se trasferito/a* _____

Richiede il tesseramento in qualità di Atleta

Firma atleta*

_____

Il sottoscritto in qualità di Presidente della Società dichiara che gli atleti di cui è stato richiesto il tesseramento nel presente modulo, sottoposti alla visita medica prescritta dalle vigenti norme sanitarie sportive, sono stati dichiarati idonei all'attività sportiva, e che i certificati medici agonistici, sono depositati presso la Società.

_____li, _____/_____/_____

Il Presidente