MODULO DI ISCRIZIONE   
CORSO DI FORMAZIONE PER QUALIFICHE TECNICHE  
*CSEN MILANO - Karate Tradizionale*

|  |  |
| --- | --- |
| **SOCIETà:** |  |
| **INDIRIZZO SEDE:** | Via N° |
|  | Comune di |
|  | Provincia di |
| **TELEFONO:** |  |
| **E-MAIL:** |  |

*\* tutti i campi sono obbligatori*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **DATA DI NASCITA** | **GRADO ATTUALE (dan)** | **QUALIFICA ATTUALE** *allenatore/istruttore* | **QUALIFICA RICHIESTA** *allenatore/istruttore/ maestro* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Il Sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_Presidente della suddetta Società dichiara che tutti gli Atleti in elenco sono tesserati ed in regola con il certificato medico e assicurativo pertanto declino da ogni responsabilità l’ente organizzatore CSEN Milano e gli insegnanti da ogni danno fisico e/o materiale.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_