



FINALI NAZIONALE GIOVANILI - IBS YOUNG

LISTA SQUADRA

NOME SOCIETA' _____

CATEGORIA _____

	COGNOME E NOME	LUOGO NASCITA	DATA NASCITA	CARTELLINO FIGC
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

ALLENATORE _____ **CELLULARE** _____

DIRIGENTE _____ **CELLULARE** _____

DIRIGENTE _____ **CELLULARE** _____

Il presidente dichiara che gli atleti sopra elencati hanno superato la visita medica di idoneità all'attività sportiva non agonistica (per i minori di 12 anni) o all'attività sportiva agonistica (per gli atleti che hanno compiuto i 12 anni) e che i relativi certificati medici sono conservati presso la società di appartenenza.

Si autorizza altresì il trattamento e la divulgazione dell'immagine dei propri tesserati, purché ripresa nel contesto della manifestazione sportiva in argomento (es.: fotografie ritraenti le squadre partecipanti, le varie azioni di gioco, la cerimonia pubblica di premiazione dei vincitori del torneo, ecc)

Luogo e data

Timbro Società e Firma Presidente