



MILAN CAMP - CUS CAGLIARI – LUGLIO 2019

SETTIMANA 7 Luglio – 12 Luglio

NOME: _____ COGNOME: _____

Indirizzo _____ n° _____ Cod. Postale _____

Città _____ Provincia _____

Nazionalità _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

ALTEZZA CM _____ PESO KG _____ PORTIERE

Società sportiva _____ Ruolo _____

Mail del ragazzo /a _____

CODICE FISCALE (Obbligatorio)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Certificato medico (**obbligatorio**) redatto in data _____

PARENTE / TUTORE

NOME _____ COGNOME _____

Cellulare _____ Cellulare _____

Mail _____ (OBBLIGATORIO)

Eventuali allergie _____

Intolleranze alimentari ? _____

Da inviare via mail al coordinatore locale:

Sig. ALBERTO SPISSU cell. 3491942204 mail di contatto: spissu.milancamp@gmail.com

o consegnare presso la segreteria del **CUS Cagliari** via Is Mirrionis 3 Lun – Ven 15.30 – 19.30

www.polisporteventi.it

polisporteventi@yahoo.it