



MODULO RICHIESTA di PRIMA CLASSIFICAZIONE

In occasione del Torneo di _____ del _____

Società Sportiva _____ Codice _____

Nominativo responsabile _____ Telefono _____

Indirizzo mail _____ @ _____

ATLETI DA CLASSIFICARE

Cognome	Nome	Sesso	Data di nascita

Data _____

Firma del Presidente della Società

il presente Modulo dovrà essere inviato al Settore Attività Paralimpica FITeT (indirizzo mail settore.paralimpico@fitet.org – fax 06/36857783) almeno 20 giorni prima della data di inizio del Torneo Predeterminato Paralimpico di riferimento