

MODULO DI ISCRIZIONE CRONO TEN NIGHT RUN 2024

Cognome: _____

Nome: _____

Sesso: _____

Data di nascita: _____

Residente in via: _____

Località: _____ Pr. _____

Numero Tessera: _____ Codice: _____

Società: _____ : : : : : : Uisp Fidal Altro: _____

Email: _____

Numero di telefono: _____

Allega certificato Medico attività sportiva agonistica.

Compila il modulo e mandalo insieme alla copia di avvenuto

pagamento e alla liberatoria all'indirizzo email

runbikevalserianacrono@gmail.com