OBBLIGATORIO COMPILARE TUTTI I CAMPI

n° Civico

Tessera Member n

Data Firma del richiedente _____

==========

Dati Moto Club :

Nome del Moto Club

Codice del Moto Club

Il sottoscritto/a, nella sua qualità di Presidente del Moto Club, dichiara che il suddetto tesserato ha sottoscritto personalmente la domanda, che è in possesso □ del certificato medico di idoneità sportiva non agonistica, e che la documentazione medica è agli atti della società.

Data Firma del Presidente del Moto Club

==========

€