DISCIPLINA
PASSO A DUE

Data _____ **Luogo** _____

CLASSICO ☐
MODERNO ☐
CONTEMPORANEO ☐
HIP HOP ☐
VIDEO DANCE ☐

ASSOCIAZIONE _____
INDIRIZZO _____
C.A.P/ CITTA' _____
Responsabile **NOME COREOGRAFIA** _____
cellulare _____ **E-mail** _____

N.	Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo Nascita	Propedeutica (4/7)	BABY (08/11)	JUNIOR (12-15)	SENIOR (Over 16)
1								
2								
3								
4								
5								

N.B. Il presente modulo compilato in ogni parte deve essere rispedito, firmato dal Presidente/Responsabile.
INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA: ballo@endas.it
Il sottoscritto dichiara che i ballerini, in elenco, sono Soci Tesserati dell'Associazione da me rappresentata, hanno regolare copertura assicurativa ed hanno consegnato la certificazione MEDICO SPORTIVA di idonietà alla pratica

FIRMA del Presidente/Responsabile

_____

Cognome e Nome

_____