



CENTRO SPORTIVO ITALIANO

CLUB KARATE CERNUSCO  
VIDIKAPPA



COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATO/A a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Cintura \_\_\_\_\_

N° Tessera CSI \_\_\_\_\_ rinnovo  1^ aff.ne

Visita Medica Agonistica SI  NO

DATA \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(se minorenne del genitore o chi ne fa le veci)