Alla COMMISSIONE TECNICA
SETTORE GIOVANILE SICILIA

ASD _____

TECNICI :

COGNOME NOME N.° Tessera FITAV

COGNOME NOME N.° Tessera FITAV

COGNOME NOME N.° Tessera FITAV

ALLENAMENTI e/o ATTIVITA' del SETTORE GIOVANILE (almeno 1 giorno a settimana)

Giorno _____ Ora _____

Giorno _____ Ora _____

ELENCO ATLETI TESSERATI del SETTORE GIOVANILE

Cognome	Nome	n° tessera FITAV	Qualifica	Taglia	Sinistro/Destro

Il Tecnico Federale Il Presidente dell'A.S.D.