



CONI



CAMPIONATO CHAMPIONS FIVE BALON BOYS

NOME SQUADRA: _____ CONTRO: _____

DATA: _____ ORA _____ CAMPO _____

N°	COGNOME E NOME	CAP. V.CAP.	GOAL	AMM.	ESP.	NUMERO DOCUMENTO

Allenatore		
Dir. Responsabile		

Il responsabile di squadra dichiara, che **tutti i tesserati** siano provvisti di certificato medico. L'associazione si dissocia da ogni responsabilità. Questo elenco deve essere consegnato all'arbitro in duplice copia prima dell'inizio della gara allegando un documento d'identita' valido. Tutti quelli presenti in questo elenco devono essere tesserati compresi i dirigenti (massimo due per ogni squadra)

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

L'ARBITRO

NOTE :
