FEDERAZIONE ITALIANA

KICKBOXING - MUAY THAI - SAVATE - SHOOT BOXE

FORMULARIO CONTROLLO ATLETI
CONTATTO PIENO

DISCIPLINA SPORTIVA ASSOCIATA RICONOSCIUTA DAL CONI

Il Commissario di Riunione: _____

Data _____	**Nome della competizione**
Luogo _____	_____

N°	COGNOME	NOME	SOCIETA'	Peso DIC Kg.	Peso EFF Kg.	Serie	BU DO	Cert. Med.	Vis. Med.	ISC.
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO
							SI	SI	SI	SI
							NO	NO	NO	NO