CENTRO SPORTIVO ITALIANO ASTI

Corso Genova, 10 14100 ASTI tel. fax 0141 35 37 60 C.F. 80017020050
Orario ufficio 10-12 17-19 feriali chiuso lunedì e sabato
centrosp14@csiasti.191.it

ELENCO PARTECIPANTI ALLA GARA

DATI DELLA GARA

Data e Ora		**Località**	
Campo		**Categoria e n°gara**	
Squadra Ospitante		**Squadra Ospite**	

DENOMINAZIONE SOCIETA' :_____

N°	Cognome e Nome	Data Nascita	N°Tessera CSI	Tipo e n°documento identità

Indicare con (K) il capitano, con (L) il libero, con L1 e L2 i libero

Qualifica	Cognome e Nome	N°tesera CSI	Tipo e n°do cumento identità
1°allenatore			
2°allenatore			
Dirigente			
Medico			
Fisioterapista			
Segnapunti			

_____ Firma del Dirigente

_____ Firma del Capitano

Questo elenco deve essere consegnato all'arbitro, 15 minuti prima dell'orario di inizio gara, unitamente alle tessere e ai documenti di identità