



DOMANDA PARTECIPAZIONE AI CORSI
Stagione 2016/2017



COGNOME :	
NOME :	
TEL/CELL (*) :	
MAIL (*) :	

SOCIETA' :	
------------	--

CATEGORIA ALLENATA 2016/2017	
---------------------------------	--

TESS. F.I.R. (*) :	
--------------------	--

VOSTRA QUALIFICA FIR :	<input type="checkbox"/> CORSO 1	<input type="checkbox"/> CORSO 2	<input type="checkbox"/> 1° LIVELLO	<input type="checkbox"/> 2° LIVELLO	<input type="checkbox"/> 3° LIVELLO
------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

ISCRIZIONE AL CORSO:	
----------------------	--

LUOGO	
-------	--

DATA	
------	--

TIPO AGGIORNAMENTO:	<input type="checkbox"/> 1° LIVELLO	<input type="checkbox"/> 2° LIVELLO	<input type="checkbox"/> 3° LIVELLO
---------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

INVIARE A:	
COMITATO RUGBY LOMBARDO	

Mail:	info@rugbylombardia.com
-------	--

Fax:	02 91091573
------	-------------

indirizzo:	MILANO c.a.p. 20137 Via Piranesi 46 CRL -Federazione Italiana Rugby
------------	---

(*) CAMPI OBBLIGATORI