



CAMPIONATO 2024/2025

Denominazione
Società
sportiva

Denominazione società

Categoria _____ Da disputare il _____ a _____

N° del ruolo	Data di nascita			Cognome e Nome	Cap V.Cap	N° tessera	Documento		
	G	M	A				Tipo	Numero	Rilasciato da

Assistente di parte dell'arbitro

Dirigente accompagnatore ufficiale della squadra Sig. _____

Medico sociale - Dott. _____

Allenatore Sig. _____

Massaggiatore Sig. _____

Le persone qui sopra elencate possono essere ammesse in campo solo se in possesso delle prescritte tessere C.S.A.In valide per l'anno in corso.

Il sottoscritto dirigente accompagnatore ufficiale dichiara che i giocatori sopra indicati sono regolarmente tesserati e partecipano alla gara sotto la responsabilità della Società.

L'ARBITRO

IL DIRIGENTE ACCOMPAGNATORE

.....

.....