



# A.S.D. CELLATICA

Documento preiscrizione

**COGNOME** .....

**NOME** .....

**NATO A** .....

**IL** .....

**RESIDENTE A** .....

**VIA** .....

**TELEFONO** .....

**CELLULARE**.....

**CELLULARE PAPA'**.....

**CELLULARE MAMMA**.....

**CODICE FISCALE**.....

**TESSERA SANITARIA**.....

**SCADENZA VISITA MEDICA** .....