

Modulo candidatura ospitalità clinic pratico

DATI SOCIETARI

Società ospitante _____

Codice Affiliazione

0	2	0	0				
---	---	---	---	--	--	--	--

Referente formazione _____

Cellulare _____ Mail _____

Referenti logistici

NOMINATIVO	CELLULARE	MAIL

CENTRO SPORTIVO/ORATORIO

Denominazione _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Città _____ PR _____

DISCIPLINA SPORTIVA

<input type="checkbox"/> CALCIO	Possiamo garantire 10 iscritti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	N. iscritti ipotetico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PALLAVOLO	Possiamo garantire 10 iscritti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	N. iscritti ipotetico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PALLACANESTRO	Possiamo garantire 10 iscritti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	N. iscritti ipotetico	<input type="checkbox"/>

CAMPO/PALESTRA

Disponibilità aula lunedì sera giovedì sera
 martedì sera venerdì sera
 mercoledì sera sabato mattina

Spogliatoio disponibile per corsisti SI NO