

“Centro F.G.I. Gymnastics Corner” anno

Richiesta rimborso € 100,00 per formazione Tecnico SF

Indicare il nominativo del Tecnico ed il modulo di formazione Specialistica SF a cui il Tecnico ha partecipato.

Tecnico Cognome e nome

Tessera numero

Area Benessere

- | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Aequilibrium | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MS1 | <input type="checkbox"/> MS2 | <input type="checkbox"/> MS3 | <input type="checkbox"/> MS4 | <input type="checkbox"/> esame |
| Kid’s Play Moving | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MS1 | <input type="checkbox"/> MS2 | <input type="checkbox"/> MS3 | <input type="checkbox"/> MS4 | <input type="checkbox"/> esame |
| Life Long Training | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MS1 | <input type="checkbox"/> MS2 | <input type="checkbox"/> MS3 | <input type="checkbox"/> MS4 | <input type="checkbox"/> esame |

Area Fitness

- | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Parkourgym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MS1 | <input type="checkbox"/> MS2 | <input type="checkbox"/> MS3 | <input type="checkbox"/> MS4 | <input type="checkbox"/> esame |
| Energy Fitness Gym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MS1 | <input type="checkbox"/> MS2 | <input type="checkbox"/> MS3 | <input type="checkbox"/> MS4 | <input type="checkbox"/> esame |
| Functional Training | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MS1 | <input type="checkbox"/> MS2 | <input type="checkbox"/> MS3 | <input type="checkbox"/> MS4 | <input type="checkbox"/> esame |
| Acrobatica Aerea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MS1 | <input type="checkbox"/> MS2 | <input type="checkbox"/> MS3 | <input type="checkbox"/> MS4 | <input type="checkbox"/> esame |

Allegare copia dei seguenti versamenti:

- Versamento adesione al “Centro F.G.I. Gymnastics Corner” anno effettuato in data.....
- Versamento quota iscrizione ai Moduli Specialistici sezione Salute e Fitness, con indicato il nome del tecnico per cui si chiede il rimborso, effettuato in data

Società richiedente

Via n°

C.A.P. Città tel.

IBAN n°.....

Versamento adesione “Centro F.G.I. Gymnastics Corner, anno.....” effettuato in data.....
 Versamento quota iscrizione ai moduli specialistici SF effettuato in data.....
 Data

Timbro Societario

Firma del Presidente

.....