



Ki Jutsu Do

PER L'ANNO _____

AFFILIAZIONE RIAFFILIAZIONE

AIKIDO JUDO JU JITSU KARATE SELF DEFENCE

ALTRO _____

ANNO DI
COSTITUZIONE

ANNO DI 1^a
AFFILIAZIONE

SOCIETÀ SPORTIVA

DENOMINAZIONE COMPLETA

INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROVINCIA	TELEFONO
CORRISPONDENZA				/
PALESTRA				/
SEDE SOCIALE				/
POSTA ELETTRONICA				/

CONSIGLIO DIRETTIVO

CARICA	COGNOME E NOME	INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE
Presidente				
Vicepresidente				
Consigliere				
Consigliere				
Consigliere				
Segretario				
Insegnante Tecnico				

GIORNI E ORARI DEI CORSI

GIORNO	ORARIO
LUNEDI	
MARTEDI	
MERCOLEDI	
GIOVEDI	
VENERDI	
SABATO	

FIRMA PRESIDENTE