



Federazione Italiana Sport Equestri

REINING EUROPEAN CHAMPIONSHIPS 2011

SELEZIONE SQUADRA ITALIANA

SCHEDA CAVALIERE

Nome	
Cognome	
Recapiti	Indirizzo e-mail:
	Tel. (Abitazione) Fax
	Tel. Portatile
	Altri recapiti (Scuderia) Fax

CONFERMO, IN QUALITA' DI CAVALIERE, L'ADESIONE AL PROGRAMMA DI PREPARAZIONE, CHE VERRA' STABILITO, PER I BINOMI DI INTERESSE FEDERALE SELEZIONATI PER I CAMPIONATI EUROPEI REINING 2011

SI' []

NO []

CONFERMO, IN QUALITA' DI CAVALIERE, LA MIA DISPONIBILITA' A PARTECIPARE, SE CONVOCATO, AI CAMPIONATI EUROPEI REINING 2011

SI' []

NO []

Data _____

Firma _____

SI PREGA DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO ED INVIARLO VIA FAX AL NUMERO 06/83668484.

Viale Tiziano, 74 - 00196 Roma
T. 0681918622 F. 06 83 66 84 84 W reining@fise.it

P.I. 02151981004 C.F. 97015720580

www.fise.it



Federazione Italiana Sport Equestri

REINING EUROPEAN CHAMPIONSHIPS 2011

SELEZIONE SQUADRA ITALIANA

SCHEDA PROPRIETARIO

Nome			
Cognome			
Recapiti	Indirizzo e-mail:		
	Tel. (Abitazione)	Fax	
	Tel. Portatile		
	Altri recapiti (Scuderia)		Fax

**CONFERMO, IN QUALITA' DI PROPRIETARIO DEL CAVALLO _____ ,
IN POSSESSO DI PASSAPORTO FISE N° _____ , L'ADESIONE AL
PROGRAMMA DI PREPARAZIONE, CHE VERRA' STABILITO, PER I BINOMI DI INTERESSE
FEDERALE SELEZIONATI PER I CAMPIONATI EUROPEI REINING 2011**

SI' []

NO []

**CONFERMO, IN QUALITA' DI PROPRIETARIO, LA MIA DISPONIBILITA' ALLA PARTECIPAZIONE
DEL CAVALLO SUDDETTO, SE CONVOCATO, AI CAMPIONATI EUROPEI REINING 2011**

SI' []

NO []

**AUTORIZZO INOLTRE, IN QUALITA' DI PROPRIETARIO DEL CAVALLO SUDDETTO, IL
LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE AD EFFETTUARE EVENTUALI PRELIEVI DI SANGUE, PER
ANALISI CLINICHE DI LABORATORIO.**

Data _____

Firma _____

SI PREGA DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO ED INVIARLO VIA FAX AL NUMERO 06/83668484.

Viale Tiziano, 74 - 00196 Roma
T. 0681918622 F. 06 83 66 84 84 W reining@fise.it

P.I. 02151981004 C.F. 97015720580

www.fise.it