

NOME GRUPPO	DENOMINAZIONE ASA
-------------	-------------------

Inviare al Fax 035/813.205 entro il 20-04-2018

TITOLO BRANO e DURATA	COREOGRAFO
-----------------------	------------

Componenti: N. _____

N.	Tessera FIDS n.	Cognome	Nome	Anni (nel 2018)	Tipo (barrare con X)	
					AMAT	AGON
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

DISCIPLINA	CATEGORIA	CLASSE
------------	-----------	--------