ISTITUTO SHOTOKAN ITALIA A.S.D.
AFFILIATO: EUROPEAN SHOTOKAN KARATE ASSOCIATION
WORLD SHOTOKAN KARATE ASSOCIATION

Milano, 2 Settembre 2019
Prot. 13/19
GP/ea

ALLE SOCIETA' INTERESSATE
AGLI ATLETI INTERESSATI

Loro Sedi

CIRCOLARE NR. 6/19

OGGETTO: STAGE KATA ISTITUTO SHOTOKAN ITALIA A.S.D.

Sabato 5 Ottobre 2019, a **San Giorgio di Piano (BO)**, presso il Centro Sportivo Zanardi, Via Argelato 2, si terrà lo Stage Kata, con il seguente programma:

SABATO 5 OTTOBRE	**13.00**	**RITROVO**
	14.00/17.00	**STAGE**

Interverranno i Maestri: **C. FUGAZZA – P. ACRI**

Lo Stage è **riservato agli atleti tesserati FIKTA e ISI ASD** graduati minimo **cintura Marrone, nati fino al 2004 (15 anni nel 2019).**

La quota di partecipazione è di **€ 30,00** (gratuito per arbitri ma tassativa l'iscrizione sul modulo allegato).

Le iscrizioni sul modulo allegato ed accompagnate dal tagliando comprovante il versamento della quota, dovranno essere inviate presso gli uffici di Via Lattanzio 68 – 20137 Milano, **entro il 27 Settembre 2019.**

Il pagamento può essere effettuato tramite:

bonifico bancario: **IBAN IT09 C030 6909 6061 0000 0120 797** conto corrente intestato a: **Istituto Shotokan Italia A.S.D.**

In contanti: è possibile effettuare i pagamenti in contanti per importi che non superino i 999,00 €

tramite assegno: intestato a: **Istituto Shotokan Italia A.S.D.**

Ricordiamo di non utilizzare c/c postale FIKTA.

Con i più cordiali saluti.

OSS!!!

Il Presidente
Rino Campini

N.B. Salvo diverse indicazioni dei docenti, non saranno ammessi spettatori durante lo Stage.

Modulo di iscrizione Stage vedi allegato

- *Corrispondenza*: 20137 MILANO (Italy) - VIA LATTANZIO, 68 - tel. 02/59900103 - fax 02/59900779

ISTITUTO SHOTOKAN ITALIA A.S.D.

AFFILIATO: EUROPEAN SHOTOKAN KARATE ASSOCIATION
WORLD SHOTOKAN KARATE ASSOCIATION

Invio Corrispondenza: 20137 MILANO (Italy)
Via Lattanzio, 68 - Telefono 02 59900103
Fax 02 59900779

Modulo Iscrizione Stage

La Società _____ Città _____

iscrive i seguenti Atleti allo Stage che si svolgerà a: _____

il _____

N° Tessera	Cognome e Nome	Grado	Anno di nascita	Quota

Il Sottoscritto _____ Presidente della Società

dichiara che tutti gli Atleti in elenco sono tesserati per l'anno in corso ed in regola con le norme sanitarie in vigore.

Luogo e data _____ _____

firma