

RICHIESTA DI CORSO PRIVATO



CSC Casnigo
centro sportivo P. Radici

CERTIFICATO MEDICO

COGNOME NOME			DATA COLLOQUIO	
TELEFONO			CELLULARE	
ETA'			LIVELLO	
DISPONIBILITA' DEL CLIENTE			PERIODO	
	DALLE	ALLE	N° LEZIONI	
LUN.				
MAR.				
MER.				
GIO.				
VEN.				
SAB.				

SOLUZIONE DEL RESPONSABILE CORSI

	DALLE	ALLE	ISTRUTTORE	DATE
LUN.				
MAR.				
MER.				
GIO.				
VEN.				
SAB.				

NOTE DEL RESPONSABILE CORSI

NOTE DELLA SEGRETERIA