



F.I.Ba.
Delegato Regionale
CALABRIA

**SHUTTLE
TIME**

CORSO TEACHER "Shuttle Time"
Iscrizione

Il/la sottoscritto/a *		
Codice Fiscale*		
e-mail *		
cellulare		
Domiciliato/a nel Comune di	Provincia domicilio	cap
Docente presso l'Istituto (indicare nome, tipologia di Istituto e località):		n° classi di insegnamento

*dati obbligatori

Requisiti base (segnare con una X il livello)	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Molto scarso
Livello di conoscenza badminton					
Livello conoscenza altri sport (indicare quali)					
Livello insegnamento altri sport (indicare quali)					
Conoscenza Shuttle Time					

Luogo, data, firma _____

Modello di adesione da compilare in stampatello e inoltrare a:

Al Coordinatore Provinciale E.M.F.S .