



ISTITUTO SHOTOKAN ITALIA A.S.D.

AFFILIATO: EUROPEAN SHOTOKAN KARATE ASSOCIATION
WORLD SHOTOKAN KARATE ASSOCIATION

Milano, 27 Ottobre 2015
Prot. 20/15
RC/ea

**ALLE SOCIETA' INTERESSATE
AGLI ATLETI INTERESSATI**

Loro Sedi

CIRCOLARE NR. 10/15

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

Lo Stage Regionale Istituto Shotokan Italia A.S.D., si terrà **Domenica 6 Dicembre 2015**, a **Bassano del Grappa (VI)**, presso il PalaBrueel, Via Cà Dolfin (adiacente all'ospedale), con il seguente programma:

DOMENICA 6 DICEMBRE **8.30** **RITROVO E SMISTAMENTO PALESTRE**
 9.00/11.30 **STAGE**

Interverrà il Maestro: **H. SHIRAI**

Lo Stage è **riservato agli atleti tesserati Istituto Shotokan Italia A.S.D.** graduati minimo **cintura verde**.

La quota di partecipazione è di **€ 30,00** per i nati prima del 2003 e di **€ 20,00** per i nati dal 2003.

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 Novembre 2015.**

Il pagamento può essere effettuato tramite:

bonifico bancario: IBAN IT53G0335901600100000120797 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 retro



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° Tesserata	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 _____



Milano, 27 Ottobre 2015
Prot. 89/15
GP/ea

**ALLE SOCIETA' AFFILIATE
AI COMITATI REGIONALI
AI CONSIGLIERI FEDERALI
ALLE COMMISSIONI FEDERALI**

Loro Sedi

OGGETTO: SESSIONE ESAMI DAN

Domenica 6 Dicembre 2015, a Bassano del Grappa (VI), presso il PalaBruel, Via Cà Dolfin (adiacente all'ospedale), alle ore 11.30 si svolgerà una sessione d'esame fino a 4° Dan.

Le iscrizioni sul modulo allegato ed accompagnate dal tagliando comprovante il versamento della quota di **€ 75,00** effettuato sul c/c postale FIKTA nr. 16906208 o con iban IT18H0760101600000016906208, dovranno pervenire alla Segreteria Generale **entro e non oltre il 27 Novembre 2015.**

Si ricorda che i candidati all'esame per 1° Dan dovranno presentare, oltre alla tessera federale, **il modulo di esame kyu** che ne comprovi il grado. **Per esami sotto i 15 anni**, è necessario inviare fotocopia della prima e ultima pagina della tessera FIKTA per controllare data del grado e anni di tesseramento.

Per sostenere gli esami, è necessaria **la presenza del Tecnico della Società** di appartenenza.

Ad esclusione degli atleti del Veneto, i candidati dovranno comunicare la loro partecipazione ai rispettivi Comitati Regionali e presentare all'atto dell'esame copia della comunicazione.

Sempre a Vs. disposizione per ulteriori chiarimenti, Vogliate gradire i nostri più cordiali saluti.

La Segreteria

N.B. Gli esami sono un momento molto importante per i praticanti, si invitano pertanto tutti i presenti ad un comportamento rispettoso e corretto per agevolare l'impegno dei candidati.

Modulo di iscrizione esami vedi retro



Affiliata: International Traditional Karate Federation

segreteria: 20137 milano – via lattanzio, 68 – telefoni 02 5990 0103 - 02 5990 0540 – fax 02 5990 0779

Modulo Iscrizione Esami Dan

La Società _____ Città _____

iscrive i seguenti Atleti alla sessione d'esami che si svolgerà a: _____
 _____ il _____

N° Tessera	Cognome e Nome	Grado richiesto	Data di nascita esame primavera e over 50	Rimandato il / a

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