



CHECK LIST EQUIPAGGIAMENTO

GARA

DATA

LUOGO

LEVEL 2

Fucile	<input type="text"/>	batteria di riserva	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Red-Dot	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	batteria di riserva	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Torcia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	batteria di riserva	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Laser	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	batteria di riserva	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Caricatori	N° <input type="text"/>		
Pallini	N° <input type="text"/>		
Torcia a mano	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	batteria di riserva	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Radio	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	batteria di riserva	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
GPS		batteria di riserva	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Multi Tool / Coltello multiuso			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Bussola e materiale cartografico			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Crema di mascheramento			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Integratori minerali e miele			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Acqua	Lt <input type="text"/>		
Piccola razione di cibo			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

LEVEL 3

Tenda	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Cibo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Sacco a pelo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Acqua	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Term a rest	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Carta igienica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Cuscino	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Goretex	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Intimo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Torcia frontale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Kit medico	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		