

I COPA EVANGÉLICA CONSCIÊNCIA JOVEM DE FUTSAL ..

CATEGORIA

() SUB 17

() LIVRE

Nome da Equipe: _____

Número de Inscrição: _____

Nome do Dirigente Responsável: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP _____ Cidade _____

Fone Comercial: _____ Residencial _____ Celular: _____

Email1: _____ Email2 _____

Nome do treinador: _____ Doc. _____

Nome do massagista: _____ Doc. _____

INSCRIÇÕES DE ATLETAS: MÍNIMO 08 E MÁXIMO 15

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Nome: _____ D.N: ___/___/___ Doc. _____

Peruíbe, _____ de Setembro de 2010

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EQUIPE

(Preencher a ficha de inscrição a máquina ou com letra de forma)