2019

27º CAMPEONATO DE FUTSAL DO STIGABC

RELAÇÃO NOMINAL DE JOGADORES

NOME DA EQUIPE:

ENDEREÇO		n°		BAIRRO	

CIDADE		CEP		FONE	

E-MAIL		FAX	

Nº		DATA/NASCIMENTO			
	N O M E	**DIA**	**MÊS**	**ANO**	**R.G**
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16					
17					

TÉCNICO:				
MASSAGISTA:				

RESPONSÁVEL		**R.G.**	

Telefone p/ contato		ASS.:

***Esta ficha deve ser entregue com todos os dados preenchidos via email: para rubensbilim@hotmail.com**

2019

27º CAMPEONATO DE FUTSAL DO STIGABC

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

NOME DA EQUIPE

Eu	

NOME DO RESPONSÁVEL

responsável p/ equipe acima, portador do RG nº	

nº do RG

venho requerer Inscrição no **27º CAMPEONATO DE FUTSAL DO STIGABC 2019**
Comprometendo-me o a entregar a Relação Nominal de jogadores (as) até o **dia 01.10.2019** caso isso não ocorra, estou ciente de que não terei condições de participar deste evento.

São Bernardo do Campo			2019
	DIA	MÊS	ANO

_____
(Assinatura do Responsável)

*.

CADASTRO DA EQUIPE: ***(Preenchimento Obrigatório)***	
Equipe:	
Endereço:	
CEP:	**Cidade:**
Fones:	**Celular:**
E-MAIL(legível) da equipe e/ou responsável :	
Nome do responsável:	

Observação.: Depois de preenchida enviar via e-mail para rubensbilim@hotmail.com