



2025

31º CAMPEONATO DE FUTSAL DO STIGABC

RELAÇÃO NOMINAL DE JOGADORES

NOME DA EQUIPE

ENDEREÇO			
TELEFONE		E-MAIL	
RESPONSÁVEL		R. G. N°	
E-MAIL		TELEFONE	2

DATA/NASCIMENTO

ORD	NOME	R.G	DIA/MÊS/ANO
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

TÉCNICO:		
MASSAGISTA:		

Observação : No caso de preenchimento a mão, **favor fazê-lo com letra legível.**

***Enviar esta ficha com todos os dados preenchidos via email: para rubensbilim@hotmail.com**



31º CAMPEONATO DE FUTSAL DO STIGABC

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

NOME DA EQUIPE

.....
 NOME DO RESPONSÁVEL E Nº DO R.G.

Vem requerer Inscrição no **31º CAMPEONATO DE FUTSAL DO STIGABC 2025**

Comprometendo-me o a entregar a Relação Nominal de jogadores (as) até o **dia 29.07.25**. caso isso não ocorra, estou ciente de que não terei condições de participar deste evento.

São Bernardo do Campo			2025
	DIA	MÊS	ANO

 (Assinatura do Responsável)

*

DADOS DA EQUIPE PARA CONTATO: (Preenchimento Obrigatório)	
EQUIPE	
Responsável:	
Telefones:	
E-MAIL (legível):	

Observação : No caso de preenchimento a mão, favor **fazê-lo com letra legível**.
 Depois de preenchida enviar via e-mail para rubensbilim@hotmail.com