



I TORNEIO DE FUTSAL DO GUSC PAVILHÃO DE S. MIGUEL - GUARDA



Nome da Equipa _____

Data: □□/ □□/2011

Delegado: _____

B.I. n.º. _____

Médico: Dr. _____

B.I. n.º. _____

Treinador: _____

B.I. n.º. _____

Massagista: _____

B.I. n.º. _____

Tr. Adj. ou Prep. Físico: _____

B.I. n.º. _____

Camisolas	Nome completo dos jogadores a inscrever (Em letras maiúsculas e sem abreviaturas)	Número das Licenças Ou BI					
a)							
a)							
a)							
a)							
a)							
a)							
a)							
a)							
a)							
a)							
a)							

Observações:

O REPRESENTANTE

_____, ____ de _____ de 2011
