FICHA DE SUBSTITUIÇÃO – SOMENTE COM APRESENTAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO 65º TORNEIO 1º DE MAIO 2024

EQUIPE:					
RESPONSÁVEL:					
TELEFONE:					
Pelo presente solicitamos a substituição do(s) atleta(s) em nossa equipe, conforme artc4º, parágrafo 8º do Regulamento Geralc					
SUBSTITUIÇÃO					
OBS: ANEXAR O ATESTADO MÉDICO					
FUNÇÃO:	( ) ATLETA	( ) DIRIGENTE	( ) RESPONSÁVEL		
CATEGORIA:	( ) SUB 16	( ) FEMININO	( ) ADULTO MASC	( )MASTER	
ENTRA:			RG		
DATA DE NASC.	_____/_____/_____	CELULAR:			
ENDEREÇO:					
SAI:			RG		
DATA DE NASC	_____/_____/_____	CELULAR:			
ENDEREÇO:					
NOME TÉCNICO/RESPONSÁVEL DA EQUIPE			TEL. CELULAR		
ENDEREÇO					
Arapongas, de de 2024					
OBS.: → Esta ficha deverá ser entregue até as 17h do dia __10__ de _ABRIL____ de 2024 na Secretaria Municipal de Esporte.					