



FICHA DE INSCRIÇÃO
CAMPEONATO MUNICIPAL VÔLEI DE MÃES

NOME DA EQUIPE		MASSAGISTA	
RESPONSÁVEL		PREP. FÍSICO	
TÉCNICO		AUX. TÉCNICO	

Nº	NOME	RG
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

CONTATO	
----------------	--

Doe órgãos, doe sangue: **SALVE VIDAS!**

