



TORNEIO INTERNO AABB DE FUTSAL

EQUIPE: _____

Ordem	Reg. AABB	Nome	D. Nascimento	Tipo Sócio					Data da Associação
				E	DE	C	DC	G	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

*Só poderão participar atletas associado até o mês de Setembro-2018.

Tipo de Sócio: E - Efetivo DE - Dependente de Efetivo C- Comunitário DC - Dependente de Comunitário

Nome do responsável: _____

Contatos: _____

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Responsável