ASSOCIAÇÃO GESTORA DOS QUADROS COMPETITIVOS

EQUIPA: _____

FASE: _____ **ESCALÃO:** _____

SEXO: **Masc.** ☐ **Fem.** ☐ **SÉRIE:** _____

NÚMERO DE CAMISOLA					
EQ. 1#	**EQ. 2#**	**EQ. 3#**	**SOBRENOME**	**NOME**	**Nº LICENÇA ***

TREINADOR			
TREINADOR ADJUNTO			
MÉDICO			
MASSAGISTA			
DIRIGENTE À PROVA			

LEGENDA: * Se outro Documento deverá indicar qual (exemplo CC – Cartão de Cidadão)

No espaço abaixo indicar a cor da camisola

RESPONSÁVEL PELA EQUIPA NA PROVA _____ CONTACTO DE TELEMÓVEL _____

Este documento poderá ser enviado para a AGQC até à véspera do início da prova ou entregue na 1ª reunião de Júri de Prova

Email: avit@sapo.pt Fax: 295628534