# **CIRCUITO SAÚDE UNIARP**

# **FICHA DE INSCRIÇÃO –**

**MODALIDADE: VOLEIBOL DUPLA**

Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Masc ( ) Fem. ( )

|  |  |
| --- | --- |
| N. | Nome do(a) Atleta |
| 1 |   |
| 2 |   |
|  |  |
|  |  |
| 1 |   |
| 2 |   |
|  |   |
|  |   |
| 1 |   |
| 2 |   |
|  |   |
|  |   |
| 01 |   |
| 02 |   |
|   | COMISSÃO TÉCNICA |

**Responsável pela equipe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Contato - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**