



Ficha de inscrição Torneio OAB Saúde - EQUIPE

DADOS DA EQUIPE

Nome da equipe

Técnico:

Capitão da equipe:

Masculino Livre Feminino livre Masculino Master

Telefone/Celular:

E-mail para contato:

Nº de Atletas	NOMES DOS ATLETAS	Nº CELULAR	CPF	OAB
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

A ficha de inscrição deve ser enviada preenchida para o e-mail:
torneioabsaude@caamg.com.br

IMPORTANTE: ANEXAR COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA EQUIPE