

1. Identificação da Entidade

2. Identificação da pessoa responsável

Nome _____

Telefone _____

Telemóvel _____

3. Listagem de praticantes

Escalão etário _____

Modalidade Desportiva	Nº	Nome Completo	Sexo	Data de Nascimento	1ª vez	Renovação	
_____	1º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	2º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	3º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	4º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	5º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	6º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	7º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	8º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	9º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	10º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	11º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	12º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	13º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	14º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	15º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	16º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	17º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	18º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	19º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	20º	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Assinatura da pessoa responsável _____

Data __/__/____