

Evento _____ Data ____ / ____ / ____

Categoria _____

Entidade _____

Técnico _____ CREF _____

Auxiliar Técnico _____ CREF _____

EQUIPE

NOME	Data Nasc.	Categoria	Nível	Reg. FGERJ

GINASTAS EXTRAS

NOME	Data Nasc.	Categoria	Nível	Reg. FGERJ

Obs.: Caso necessário, enviar lista suplementar de ginastas extras

Assinatura do Técnico