

FICHA INSCRIÇÃO CROSSFIT COPA ABAMF 2024

REGIONAL:

RESPONSÁVEL:

TELEFONE (WHATS):



FEMININO

	NOME DO ATLETA	RG OU CPF	ASSOCIADO ABAMF Número matrícula	ASSINATURA
1				
2				
3				

MASCULINO

	NOME DO ATLETA	RG OU CPF	ASSOCIADO ABAMF Número matrícula	ASSINATURA
1				
2				
3				

Fichas deverão ser entregues até o dia 05/02 às 14h aos Srs. Presidentes das respectivas Regionais.