



**COPA JUJUY 2024 – DEPORTE ADAPTADO**

**LISTA DE BUENA FE-**

**EQUIPO: \_\_\_\_\_ N° Tel.de contacto: \_\_\_\_\_**

| N°                | APELLIDO Y NOMBRE | DNI | DISCAPACIDAD | FIRMA<br>DEL<br>JUGADOR |
|-------------------|-------------------|-----|--------------|-------------------------|
| 1                 |                   |     |              |                         |
| 2                 |                   |     |              |                         |
| 3                 |                   |     |              |                         |
| 4                 |                   |     |              |                         |
| 5                 |                   |     |              |                         |
| 6                 |                   |     |              |                         |
| 7                 |                   |     |              |                         |
| 8                 |                   |     |              |                         |
| 9                 |                   |     |              |                         |
| 10                |                   |     |              |                         |
| 11                |                   |     |              |                         |
| 12                |                   |     |              |                         |
| 13                |                   |     |              |                         |
| 14                |                   |     |              |                         |
| 15                |                   |     |              |                         |
| D.T.              |                   |     |              |                         |
| Ayudante          |                   |     |              |                         |
| Personal<br>Salud |                   |     |              |                         |

Sello de la institución:

Firma y aclaración del responsable: