



COPA JUJUY 2024 – DEPORTE ADAPTADO

LISTA DE BUENA FE-

EQUIPO: _____ N° Tel.de contacto: _____

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

Sello de la institución:

Firma y aclaración del responsable: