UNISANTA
UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA

INTERNO DE FUTSAL UNISANTA
RELAÇÃO NOMINAL DE ATLETAS

Faculdade:_____

Modalidade: **FUTSAL MASCULINO** **- CALOUROS**

Nome	RG.	Matrícula/RA

Santos, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Autoridade resp. pela Faculdade
Nome:
R.G.
Carimbo de identificação

Representante Estudantil
Nome:
R.G.
E-mail:

Obs: O preenchimento deverá ser feito em letra de forma legível ou digitado.