



AYUNTAMIENTO DE SAUCEDILLA

C.I.F.: P1017600F

-

C.P. 10390

C/ Real, nº 25

-

Tlf.927544037

-

Fax 927544456

NOMBRE DEL EQUIPO

DATOS DE LOS INTEFRANTES DEL EQUIPO

DORSAL	NOMBRE DE LOS JUGADORES	DNI

D.: _____, con domicilio en C/ _____

C.P.: _____ Localidad: _____

Tlf: _____ e.mail: _____

Delegado-representante del equipo formado por los jugadores anteriormente relacionados, solicita su participación en el Torneo 24 horas futbol sala Saucedilla, aceptado en nombre de todos ellos las Bases establecidas.

En _____ a _____ de _____ 2025

EL DELEGADO DEL EQUIPO

(FIRMA)