

**CLÍNICA MASTERS
FORTALEZA 16 E 17 DE JANEIRO
FICHA DE REGISTRO**

| |
|--|
| NOME: |
| |
| DATA DE NASCIMENTO : |
| CATEGORIA: |
| ENDEREÇO: |
| |
| TELEFONE PARA CONTATO: |
| EMAIL: |
| CLUBE/TREINADOR: |
| |
| MELHORES PROVAS E TEMPOS : |
| |
| |
| INVESTIMENTO R\$ 100,00 |
| Depósito: conta Alexandre Pussieldi CPF 414.651.800-87 BANCO ITAÚ ag. 3831 cc 02402-5 |

**Enviar ficha de registro para coachalexpusieldi@hotmail.com
ou Whatsapp (21) 98282.2488 junto com o comprovante de depósito.**

