



1ª COPA METROPOLITANA DE FUTEBOL SUB-15
EDIÇÃO 2017



RELAÇÃO NOMINAL DOS ATLETAS

Município/Equipe			
Nome do responsável:	Telefone:	Email:	
Preposto:	Telefone:	Email:	

Nº	NOME COMPLETO	APELIDO	DATA NASC.	IDENTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Superintendência de Desportos do Estado da Bahia – SUDESB
Rua dos colibris, nº18 imbuí. Tel: (71) 3103-0900/31030960

ceep.sudesb@sudesb.ba.gov.br



1ª COPA METROPOLITANA DE FUTEBOL SUB-15
EDIÇÃO 2017



31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

COMISSÃO TÉCNICA

Técnico	
Preparador Físico	
Auxiliar Técnico	
Médico	
Fisioterapeuta	
Massagista	

Superintendência de Desportos do Estado da Bahia – SUDESB
Rua dos colibris, nº18 Imbuí. Tel: (71) 3103-0900/31030960

ceep.sudesb@sudesb.ba.gov.br