



CNPLD - Campeonato Nacional de Patrulhas de Longa Distância

Inscrição para a prova n°

Informação da Equipa

| | | | |
|--|----------------------|-----------|----------------------|
| Nome da patrulha: | <input type="text"/> | | |
| Cmdt de patrulha: | <input type="text"/> | | |
| Email: | <input type="text"/> | Contacto: | <input type="text"/> |
| Se Participou em provas anteriores, indicar quais: | <input type="text"/> | | |

Elementos da Equipa

| | | | | | | | | | |
|---------------------|----------------------|-----------|----------------------|------------------|----------------------|-----------|----------------------|---|----------------------|
| Nome: | <input type="text"/> | | | | | | | | |
| NIF: | <input type="text"/> | Contacto: | <input type="text"/> | Data Nascimento: | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| Grupo Sanguíneo: | <input type="text"/> | R | <input type="text"/> | H | <input type="text"/> | Alergias: | <input type="text"/> | | |
| Indicações médicas: | <input type="text"/> | | | | | | | | |
| Nome: | <input type="text"/> | | | | | | | | |
| NIF: | <input type="text"/> | Contacto: | <input type="text"/> | Data Nascimento: | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| Grupo Sanguíneo: | <input type="text"/> | R | <input type="text"/> | H | <input type="text"/> | APD e Nº: | <input type="text"/> | | |
| Indicações médicas: | <input type="text"/> | | | | | | | | |
| Nome: | <input type="text"/> | | | | | | | | |
| NIF: | <input type="text"/> | Contacto: | <input type="text"/> | Data Nascimento: | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| Grupo Sanguíneo: | <input type="text"/> | R | <input type="text"/> | H | <input type="text"/> | Alergias: | <input type="text"/> | | |
| Indicações médicas: | <input type="text"/> | | | | | | | | |
| Nome: | <input type="text"/> | | | | | | | | |
| NIF: | <input type="text"/> | Contacto: | <input type="text"/> | Data Nascimento: | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| Grupo Sanguíneo: | <input type="text"/> | R | <input type="text"/> | H | <input type="text"/> | Alergias: | <input type="text"/> | | |
| Indicações médicas: | <input type="text"/> | | | | | | | | |

Preencher e enviar por carta para a nossa sede, ou digitalizar e enviar para o nosso email.
Anexar cópia dos Documentos de Identificação de todos os participantes não sócios da APMA, APD.