



NOMINAS DE JUGADORES
“CAMPEONATO METROPOLITANO DE
FUTSAL” (SERIE “ _____ ”)

INSTITUCIÓN AFILIADO: _____

Fecha del partido: _____ / _____ / 201_____

	Nº Ficha	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Dirección	Comuna	C.I.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Delegado: _____

Presidente: _____

Firma: _____

Firma: _____

1. ENVIAR PLANILLA ANTES DEL PARTIDO A E-MAIL: info@fedenaschile.cl O ENTREGAR A LA MESA DE TURNO.
2. ESTA PLANILLA SE DEBE LLENAR CON LETRA IMPRENTA.