|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO 8** | **SUBSTITUIÇÃO DE PARTICIPANTES** |
|  |  |
| **COMPETIÇÃO** | **PARALIMPÍADAS ESCOLARES DE MS (11 A 18 ANOS)** |
| **MUNICÍPIO** |  |

Pelo presente solicitamos a substituição dos seguintes integrantes da delegação, conforme estabelecido no regulamento geral das Paralimpíadas Escolares de MS, faixa etária de 11 a 18 anos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FUNÇÃO |  | Atleta | |
|  | Técnico ou auxiliar técnico | |
|  | Dirigente | (\*) |

Marque com um “X”. No caso de dirigente, identifique a função (\*).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MODALIDADE |  | GÊNERO |  |

Campo exclusivo a ser preenchido para técnico, auxiliar técnico e atleta

Para as modalidades individuais, o atleta substituto será incluído nas mesmas provas do atleta substituído. Havendo interesse na mudança de provas, preencher formulário de Mudança de Provas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instituição de ensino |  | | |
| Nome Completo |  | | |
| Data de nascimento |  | CPF |  |

Dados do substituído (sai do evento)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instituição de ensino |  | | |
| Nome Completo |  | | |
| Data de nascimento |  | CPF |  |

Dados do substituto (entra no evento)

|  |
| --- |
| Nome chefe de delegação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura chefe de delegação* |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Recebido por: Data Horário Local* |

|  |
| --- |
| ***Este formulário deverá ser entregue na Comissão Central Organizadora (CCO).*** |