|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO 5** | **SUBSTITUIÇÃO DE PARTICIPANTES** |
|  |  |
| **COMPETIÇÃO** | **DANÇA COREOGRAFADA DA MELHOR IDADE DE MS - 2024** |
| **MUNICÍPIO** |  |

Pelo presente solicitamos a substituição dos seguintes integrantes da delegação, conforme estabelecido no regulamento geral da DANÇA COREOGRAFADA DA MELHOR IDADE DE MS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FUNÇÃO |  | Atleta |
|  | Técnico |
|  | Dirigente | (\*) |

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

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

**Campo exclusivo a ser preenchido para 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Município |  |
| Nome completo |  |
| Data de nascimento |  | CPF |  |

**Dados do substituído (sai do evento)**

|  |  |
| --- | --- |
| Município |  |
| 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).*** |