|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO 10** | **MUDANÇA DE PROVA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETIÇÃO** | **XIII PARALIMPÍADAS ESCOLARES DE MS 2024** |
| **MUNICÍPIO** |  |
| **MODALIDADE** |  |
| **GENÊRO** |  |

Pelo presente, solicitamos a mudança das provas/categorias dos (as) alunos (as) abaixo indicados, conforme estabelece o regulamento geral das **XIII** **PARAESC 2024,** faixa etária de 11 a 18 anos.

|  |  |
| --- | --- |
| **PROVA** |  |
| **SAI ATLETA** |  |
| **ENTRA ATLETA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROVA** |  |
| **SAI ATLETA** |  |
| **ENTRA ATLETA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROVA** |  |
| **SAI ATLETA** |  |
| **ENTRA ATLETA** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do chefe de delegação

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_:\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recebido por Data Horário Local

|  |
| --- |
| **Obs.: este formulário deverá ser entregue na Fundesporte até 10 (dez) dias antes do início do evento** |