|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO 8** | **SUBSTITUIÇÃO DE PARTICIPANTES** |

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

Pelo presente, solicitamos a substituição dos seguintes integrantes da delegação, conforme estabelecido no regulamento geral das **XIII PARAESC 2024,** faixa etária de 11 a 18 anos.

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Modalidade** |  | **Gênero** |  |

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.

Dados do substituído (sai do evento)

|  |  |
| --- | --- |
| **Instituição de ensino** |  |
| **Nome completo** |  |
| **Data de nascimento** |  | **CPF** |  |

Dados do substituto (entra no evento)

|  |  |
| --- | --- |
| **Instituição de ensino** |  |
| **Nome completo** |  |
| **Data de nascimento** |  | **CPF** |  |

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

Nome e assinatura do chefe de delegação

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

 Recebido por Data Horário Local

|  |
| --- |
| **Obs.: este formulário deverá ser entregue na Comissão Central Organizadora (CCO)** |