



2º Taça Cidade de Loulé

INSCRIÇÃO EQUIPA

Nome da Equipa: _____

Morada _____

Código Postal ____ - ____ Localidade _____

Praticantes com seguro:

1 - _____ Lic.n.º _____

2 - _____ Lic.n.º _____

3 - _____ Lic.n.º _____

4 - _____ Lic.n.º _____

5 - _____ Lic.n.º _____

6 - _____ Lic.n.º _____

Responsável Equipa _____ / Telefone _____

E-mail: _____

Contactos Centro de Ciclismo de Loulé:

Carlos Felisberto: 911 809 044

Email: ccloule.rp@gmail.com