



Asociación Femenina Metropolitana de Basquetbol

Alberti 760 (C1223AAF) C.A.B.A Tel. Fax: 4941-5737/ Tel.:4943-3009

www.afmb.com.ar

afmbbasquet@yahoo.com.ar

ENTIDAD CIVIL FUNDADA EL 26 DE NOVIEMBRE DE 1931 – PERSONERIA JURIDICA C Nº 8943 (RESOLUCION 000146)

INSCRIPCION A TORNEOS AFMB 2018

Nº _____

DATOS DEL CLUB

Nombre: _____
Dirección: _____
Tel/Fax: _____ Mail: _____
Presidente: _____
Secretario: _____

RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD

Nombre y Apellido: _____ Firma: _____
Cargo: _____
Teléfono: _____ Mail: _____
Nombre y Apellido: _____ Firma: _____
Cargo: _____
Teléfono: _____ Mail: _____

DELEGADOS (NO PODRAN SER OFICIALES DE MESA SEGÚN ESTATUTOS VIGENTES)

Nombre y Apellido: _____ Firma: _____
Cargo: _____
Teléfono: _____ Mail: _____
Nombre y Apellido: _____ Firma: _____
Cargo: _____
Teléfono: _____ Mail: _____

DELEGADO DE PRENSA (OBLIGATORIO)

Nombre y Apellido: _____ Firma: _____
Cargo: _____
Teléfono: _____ Mail: _____

AUTORIZADO A TRAMITES

Nombre y Apellido: _____ Firma: _____
Cargo: _____
Teléfono: _____ Mail: _____

Secretario/a

Sello del Club

Presidente/a

IMPORTANTE: El formulario deberá ser presentado impreso en una sola hoja en doble faz.

FECHA: ____ / ____ / ____

RECIBIDO POR: _____



Asociación Femenina Metropolitana de Basquetbol

Alberti 760 (C1223AAF) C.A.B.A Tel. Fax: 4941-5737/ Tel.:4943-3009

www.afmb.com.ar

afmbbasquet@yahoo.com.ar

ENTIDAD CIVIL FUNDADA EL 26 DE NOVIEMBRE DE 1931 – PERSONERIA JURIDICA C Nº 8943 (RESOLUCION 000146)

INSCRIPCION DE EQUIPOS

Solicitamos la inscripción de las siguientes categorías (Marcar según corresponda)

FORMATIVAS **U10** **U12** **U13**

Cuerpo Técnico			
Días de Juego	DIA		HORARIO
Color Camiseta	OFICIAL		
	ALTERNATIVA		
Cancha/Estadio	OFICIAL		
(obligatorio)	ALTERNATIVA		

INFERIORES **U15** **U17** **U19**

Cuerpo Tecnico			
Dias de Juego	DIA		HORARIO
Color Camiseta	OFICIAL		
	ALTERNATIVA		
Cancha/Estadio	OFICIAL		
(obligatorio)	ALTERNATIVA		

SUPERIOR **SUPERIOR LIBRE**

Cuerpo Tecnico			
Dias de Juego	DIA		HORARIO
Color Camiseta	OFICIAL		
	ALTERNATIVA		
Cancha/Estadio	OFICIAL		
(obligatorio)	ALTERNATIVA		

MAXIBASQUET

Cuerpo Tecnico			
Dias de Juego	DIA		HORARIO
Color Camiseta	OFICIAL		
	ALTERNATIVA		
Cancha/Estadio	OFICIAL		
(obligatorio)	ALTERNATIVA		

Secretario/a

Sello del Club

Presidente/a

IMPORTANTE: El formulario deberá ser presentado impreso en una sola hoja en doble faz.

FECHA: ___ / ___ / ___

RECIBIDO POR: _____