

**Halowe Mistrzostwa Małopolski Zachodniej 2020**

**Kategoria Junior Starszy**

Libiąż w dniu 09.02.2020 r

**Nazwa drużyny: .....**

L.p	NR zawodnika	Imię i nazwisko	Data ur.	Bramki
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

**Za ważność kart zdrowia i badań lekarskich zawodników odpowiada opiekun drużyny.**

Opiekun / Trener/ .....