



OIBF2006

23-30 SETEMBRO 2006 COIMBRA, PORTUGAL



Registo na Olimpíada Ibero-americana de Física 2006

Enviar para o secretariado da OIBF2006 até 30 de Junho de 2006

País

Contacto / Nombre de contacto

Nome / Nombre

Apelido / Apellido

Morada / Dirección

Telef.

Fax

Email

Professores / Delegados e Observadores

1

Nome / Nombre

Apelido / Apellido

Morada / Dirección

Telef.

Fax

Email

Sexo: M F

T-shirt: S M L XL

Número de Passaporte

Observações / Observaciones
(Cuidados médicos especiais,
alergias, comidas especiais)

2

Nome / Nombre

Apelido / Apellido

Morada / Dirección

Telef.

Fax

Email

Sexo: M F

T-shirt: S M L XL

Número de Passaporte

Observações / Observaciones
(Cuidados médicos especiais,
alergias, comidas especiais)



OIB F2006

23-30 SETEMBRO 2006 COIMBRA, PORTUGAL



Acompanhantes

1

Nome / Nombre _____ Apellido / Apellido _____

Morada / Dirección _____

Telef. _____ Fax _____ Email _____

Sexo: M F T-shirt: S M L XL Número de Passaporte _____

Observações / Observaciones
(Cuidados médicos especiais,
alergias, comidas especiais)

2

Nome / Nombre _____ Apellido / Apellido _____

Morada / Dirección _____

Telef. _____ Fax _____ Email _____

Sexo: M F T-shirt: S M L XL Número de Passaporte _____

Observações / Observaciones
(Cuidados médicos especiais,
alergias, comidas especiais)

3

Nome / Nombre _____ Apellido / Apellido _____

Morada / Dirección _____

Telef. _____ Fax _____ Email _____

Sexo: M F T-shirt: S M L XL Número de Passaporte _____

Observações / Observaciones
(Cuidados médicos especiais,
alergias, comidas especiais)



OIBF2006

23-30 SETEMBRO 2006 COIMBRA, PORTUGAL



Estudantes / Estudiantes

1

Nome / Nombre _____ Apellido / Apellido _____
Data de nascimento / Fecha de nacimiento _____ Email _____
Sexo: M F T-shirt: S M L XL Número de Passaporte _____
Observações / Observaciones
(Cuidados médicos especiais, alergias, comidas especiais)

2

Nome / Nombre _____ Apellido / Apellido _____
Data de nascimento / Fecha de nacimiento _____ Email _____
Sexo: M F T-shirt: S M L XL Número de Passaporte _____
Observações / Observaciones
(Cuidados médicos especiais, alergias, comidas especiais)

3

Nome / Nombre _____ Apellido / Apellido _____
Data de nascimento / Fecha de nacimiento _____ Email _____
Sexo: M F T-shirt: S M L XL Número de Passaporte _____
Observações / Observaciones
(Cuidados médicos especiais, alergias, comidas especiais)

4

Nome / Nombre _____ Apellido / Apellido _____
Data de nascimento / Fecha de nacimiento _____ Email _____
Sexo: M F T-shirt: S M L XL Número de Passaporte _____
Observações / Observaciones
(Cuidados médicos especiais, alergias, comidas especiais)
