



DEK HOCKEY DE LA CAPITALE

CENTRE DE HOCKEY-BALLE INTÉRIEUR

Composition de votre équipe

	Prénom	Nom	Classement du joueur*	Numéro du joueur Hockey Profil
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
Gardien				

Nous remettre ce formulaire rempli avant le 15 août prochain afin que nous puissions l'approuver!