

## ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

от \_\_\_\_\_  
(полное наименование учреждения)

№ п/п	Ф.И.О. (полностью)	Год рождения	Имеющийся разряд	Разряд, по которому выступает	Тренер	Допуск врача (подпись врача, печать)

Допущено к участию в соревнованиях \_\_\_\_\_ человек

Врач: \_\_\_\_\_  
М.П. \_\_\_\_\_ (Ф.И.О полностью, подпись)

Представитель: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, подпись, телефон)

Директор учреждения: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, подпись)  
М.П.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2017года.