|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\vital\Downloads\CQThQ4R-owQ.jpg | | | | | |
| **Команда** | **название команды, город/район** | **Дивизион :** | **юноши/юниоры/девушки/юниорки, возрастная категория** | **Сезон** | **2024-25гг.** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ФИО** | **Дата рождения** | **Разряд** | **Домашний адрес** | **Допуск врача** | **Подпись и печать врача** |
|  | вв |  |  | р |  |  |
|  | ffdddffаа |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Всего допущено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**М.П. медицинской организации**

**Тренерский состав:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ф.И.О.** | **Дата рождения** | **Контактный телефон** |
| **Главный тренер** |  |  |  |
| **Тренер** |  |  |  |
| **Тренер** |  |  |  |

**Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю, что все лица, включенные в заявку, соответствуют**

руководитель спортивной организации

**всем данным и имеют право участвовать в соревнованиях.**

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**М.П. спортивной организации**