|  |
| --- |
| 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**