Приложение № 1

**ЗАЯВКА**

на участие в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№№** | **Ф.И.О. (полностью)** | **Дата рождения** | **Адрес фактического проживания** | **Виза врача** *(подпись, личная печать)* |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |  |

Допущено \_\_\_\_\_\_\_\_\_ игроков Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

*Подпись и личная печать*

М.П. медицинского учреждения

Тренер команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер телефона

Представитель команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер телефона

Руководитель командирующей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

Подпись, печать