Заявка

Для участия в соревнованиях Московской области по биатлону от команды

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

(наименование учреждения полностью)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | ФамилияИмя(полностью) | ГодРожд | Разр | Ф.И.О.(полностью)личного тренераспортсмена | №страхового полиса | Допуск к соревнованиюПодпись и печать врача |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

Всего к соревнованию допущено \_\_\_\_\_\_\_\_ человек.

Официальный представитель делегации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )

 (подпись) (расшифровка полностью)

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(врачебно–физкультурного диспансера, кабинета)

М.П.

Руководитель организации, учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (подпись) (расшифровка полностью)

 М.П.