

## ИМЕННАЯ ЗАЯВКА

(М. П.  
диспансер)

на участие в \_\_\_\_\_

г. \_\_\_\_\_, с \_\_ по \_\_ \_\_\_\_\_ 2019 года  
от команды \_\_\_\_\_

№ п/п	Фамилия, Имя участника	Дата рождения	Физкультурно-спортивная организация	Тренер	Виза, подпись и печать врача

Руководитель организации \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) М.П.

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

Указанные в настоящей заявке \_\_\_\_\_ спортсмена (-ов) (\_\_\_\_\_) по состоянию здоровья допущены к участию в соревнованиях

Врач \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года