

(М. П.
диспансер)

ИМЕННАЯ ЗАЯВКА

на участие в _____

в г. _____, с __ по __ _____ 2021 года

от команды _____

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

Руководитель организации _____ (_____)

М.П.

Официальный представитель _____ (_____), номер телефона _____

Допущено _____ (_____) участника (-ов) к участию в соревнованиях.

Врач _____ (_____) «__» _____ 2021 года