**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В СОРЕВНОВАНИЯХ**

От команды

Наименование мероприятия

Место и сроки проведения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, Имя, Отчество (полностью) | Дата рождения | Спортивное звание | Организация | Дисциплина | Лучший результат | Личный тренер(ы)  (не более 2) | Отметка о допуске и личная печать врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Командные виды (кол-во команд): мужчины\_0\_женщины\_0\_  Руководитель органа исполнительной власти в сфере физической культуры и спорта субъекта РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_)  *подпись М.П. ФИО*  Руководитель региональной спорт. федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_)  *подпись М.П. ФИО*  Официальный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) контактный телефон  *подпись ФИО* | Указанные в настоящей заявке спортсмены в количестве \_\_\_\_\_\_чел.,  по состоянию здоровья допущены к участию в соревнованиях.  Врач по лечебной физкультуре или спортивной медицине  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  *подпись ФИО*  Печать медицинской организации |
| *Отметки Главной*  *судейской коллегии* Допущено к соревнованиям \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)человек  Главный секретарь или Главный судья \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  *подпись ФИО* | *Заполнять строго в электронном виде.*  *В случае, если количество спортсменов больше, чем в таблице строк, используйте необходимое количество листов заявок* |