

Обов'язкова форма

З А Я В К Ана участь у _____
(назва змагання)з _____
(вид спорту)від _____
(область, місто)

№ п/п	Прізвище, ім'я учасника	Рік народж.	Спорт. розряд	Місто	ФСТ	Спорт. школа, УОР та ШВСМ	Прізвище, ім'я, по батькові особистого тренера	Дозвіл лікаря

штамп

Керівник організації
Представник команди
Лікар диспансеру (обласного, міського)

Підпис М.П.
Підпис М.П.
Підпис М.П.

Всього допущено до змагань _____ (П.І.П.б.)
(прописом) (підпис)