ИМЕННАЯ ЗАЯВКА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| на участие в |  | по | спорту слепых |
|  | (наименование соревнования) |  | (вид спорта) |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |
| (место проведения, сроки проведения) |

|  |  |
| --- | --- |
| от |  |
|  | (наименование организации, город, субъект РФ) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Спортивное  звание | Класс IBSA | Группа инвалидности | № справки МСЭ (ВТЭ) | Ф.И.О. личного  тренера | Адрес постоянного места жительства | Подпись и печать врача |
| Число, месяц, год |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тренер команды |  | | | | / |  | | |  | |
|  | (подпись) | | | |  | (фамилия, имя, отчество) | | |  | |
| Всего допущено человек: | | |  | Врач |  | | | / |  | | / | М.П. |
|  | | |  |  | (подпись) | | |  | (фамилия, имя, отчество) | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области физической культуры и спорта |  | / |  | / | М.П. |
|  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Председатель регионального отделения Всероссийского общества  слепых (председатель РО ФСС) |  | / |  | / | М.П. |
|  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |  |  |