Приложение № 1

к положению о проведении турнира по волейболу среди команд общеобразовательных организаций Калининградской области.

**З А Я В К А**

на участие в турнире по волейболу среди команд общеобразовательных организаций

Калининградской области

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательного учреждения)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фамилия, имя****(полностью)** | **Дата рождения** **(число, месяц, год)** | **Виза врача****(допуск, роспись, печать)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Судья:  |
| 1 |  | Номер телефона :  |  |

Участники в количестве \_\_\_ человек прошли медицинскую комиссию и допущены к участию в соревнованиях.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/. М.П.

медицинского учреждения (подпись) (Ф.И.О. полностью)

Представитель команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

 (подпись) (Ф.И.О. полностью)

В составе команды отсутствуют игроки из расширенных списков сборных команд Калининградской области по волейболу.

Руководитель

образовательного учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ М.П.

 (подпись) (Ф.И.О.)