Главному врачу Юношеских игр

Павлу Павловичу Чекересу

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО отца)

Паспорт РФ серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем и когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО матери)

Паспорт РФ серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем и когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Просим Вас допустить нашего (нашу) сына (дочь)

*Фамилия, Имя, Отчество*

дата рождения

к участию в соревнованиях по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вид спорта) в рамках «IX открытых Всероссийских юношеских Игр Боевых искусств», которые состоятся 04-19 сентября 2016 года по адресу: г.-к. Анапа, пос. Витязево, пр-кт Южный, 22 (спортивный комплекс "Витязь").

В случае получения нашим ребенком травм и связанных с ними последствий, а также иных неблагоприятных последствий во время участия в соревновании, в том числе вследствие применения разрешенной либо не разрешенной правилами соревнований техники, и/или при нахождении в помещении, где проводятся данные соревнования или проходит подготовка к данным соревнованиям, претензий к главному судье, организаторам турнира, тренерскому составу и собственникам помещений, в которых проводятся соревнования, иметь не будем.

С правилами соревнований по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вид спорта)

ознакомлены, полностью осознаем, что (вид спорта) является (бес)контактным единоборством, и понимаем возможность получения нашим ребенком травм и иных неблагоприятных последствий.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Фамилия, Имя, Отчество собственноручно подпись*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Фамилия, Имя, Отчество собственноручно подпись*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *дата*