ЗАЯВКА

на участие в Первенстве России по мас-рестлингу среди юношей (15-17 лет)

от РОО «Федерация мас-рестлинга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фамилия, имя, отчество участника**  **(полностью)** | **Дата рождения**  **(полностью)** | **Весовая категория** | **Спортивный разряд, звание** | **Субъект Российской Федерации, город** | **Физкультурно-спортивное объединение, ведомство** | **Фамилия, имя, отчество тренера**  **(полностью)** | **Виза врача** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель органа исполнительной

власти субъекта Российской Федерации

в области физической культуры и спорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

Представитель команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

Врач Допущено\_\_\_\_\_ чел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 г.