ЗАЯВКА

На участие в «Открытого турнире по мас-рестлингу

в рамках Фестиваля здорового образа жизни «СИЛЛАЧ- 2017, 11-12 июня 2017 г.»

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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 спорта Подпись

Представитель команды Подпись

Врач Допущено \_\_\_ чел. Подпись

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.