**ЗАЯВОЧНИЙ ЛИСТ**

учасників фізкультурно-оздоровчих та спортивних заходів

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

(назва фізкультурно-оздоровчого/спортивного заходу, вид спорту, організатор заходу)

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

(дата, час та місце проведення заходу)

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

(назва команди)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №з/п | Прізвище, ім’я та по батьковіособи –учасника заходу | Число,місяць, рік народ-ження | Спортивна кваліфікація  | Прізви-ще, ім’я та по батькові тренера | Страховий поліс, наймену-вання страхової компанії (серія, номер, термін дії, реєстровий номер) | Форма № 061/о – так/ніФорма № 062/о – так/ні. (необхідне підкресли-ти, вказати реєстровий номер) | Дата, підпис лікаря, який надав допуск (навпроти кожного прізвища учасника заходу) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 |   |  |  |   |   |   |   |
| 2 |   |  |  |   |   |   |   |
| 3 |   |  |  |   |   |   |   |
| 4 |   |  |  |   |   |   |   |
| 5 |   |  |  |   |   |   |   |
| 6 |   |  |  |   |   |   |   |
| 7 |   |  |  |   |   |   |   |
| 8 |   |  |  |   |   |   |   |
| 9 |   |  |  |   |   |   |   |
| 10 |   |  |  |   |   |   |   |
| 11 |   |  |  |   |   |   |   |
| 12 |   |  |  |   |   |   |   |
| 13 |   |  |  |   |   |   |   |
| 14 |   |  |  |   |   |   |   |
| 15 |   |  |  |   |   |   |   |

Зазначені в списку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ особи пройшли належну підготовку та допущені до участі у заході.

 (кількість цифрами та у дужках словами)

**Керівник спортивної організації**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис) (ініціали (ініціал імені), прізвище)

**Тренер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Керівник закладу охорони здоров’я**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис) (ініціали (ініціал імені), прізвище) (підпис) (ініціали (ініціал імені), прізвище)