**ЗАЯВКА**

**на участие в**

**от команды**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия Имя | Год рожд. | Спорт.разряд | ДСО | Вес | Ф.И.О.тренера | Город | Дата и виза врача |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |

Все боксеры в количестве \_\_\_\_\_\_ человек прошли медицинский осмотр в надлежащем объеме, все боксеры соответствуют указанным весовым категориям.

Старший тренер \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач Крымского ЦСМ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный врач ЦСМ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать ЦСМ

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015г.

 Дата прохождения медосмотра

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать организации

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015г.

Дата оформления заявки