**«УТВЕРЖДАЮ»**

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

(должность)

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

(ФИО)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г.

**ЗАЯВКА**

**от команды** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# на участие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название соревнования, дата и место проведения)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество | Функция | Название дисциплины/ин согласно реестра | Пол | Дата рождения | Спортивный разряд или звание | Количество прыжков с парашютом всего/в 2017 г. | Тип основного парашюта и его размер в кв.м. | Ф.И.О. тренера | Контактный адрес и телефон | Виза врача, печать |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 |  | Представитель команды |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Тренер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Тренер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Судья |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Спортсмен |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Спортсмен |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Оператор |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

К соревнованиям допущено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прописью) спортсменов

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г. Врач подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_. \_./ Печать врачебной организации