ИМЕННАЯ ЗАЯВКА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| на участие в | Открытом Чемпионате и Первенстве Челябинской области по спорту слепых (легкая атлетика) | по | спорту слепых  |
|  | (наименование соревнования) |  | (вид спорта) |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

г. Челябинск, МБУ «Легкоатлетический комплекс имени Е. Елесиной» 22 мая 2023 г.  |
| (место проведения, сроки проведения) |

|  |  |
| --- | --- |
| от |  |
|  | (наименование организации, город, субъект РФ) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Фамилия, имя, отчество  | Дата рождения | Спортивноезвание | Класс IBSA | Группа инвалидности | № справки МСЭ (ВТЭ) | Ф.И.О. личноготренера | Адрес постоянного места жительства | Подпись и печать врача |
| Число, месяц, год |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тренер команды |  | / |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |  |
| Всего допущено человек: |  |  Врач |  | / |  | / | М.П. |
|  |  |  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области физической культуры и спорта |  | / |  | / | М.П. |
|   | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Председатель регионального отделения Всероссийского обществаслепых (председатель РО ФСС) |  | / |  | / | М.П. |
|   | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |  |  |