Именная заявка

на участие во Всероссийском фестивале по скалолазанию, среди лиц с ограниченными возможностями.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. участников полностью | Датарождения | Домашний адрес с индексом |  Паспортные данные  | Справка МСЭ (номер и дата выдачи) | Диагноз | Виза врача о допуске,печать  |
| 1 |  |  |  |  | . |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

Тренер-представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, Ф.И.О.)

Сопровождающий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, Ф.И.О.)

Допущено к соревнованиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, Ф.И.О.)

 Печать организации Печать медицинского учреждения