**Заявка**

Наименование соревнований, организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | год рождения | дистанция | допуск врача |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

К соревнованиям допущено \_\_\_\_ чел.

Врач \_\_\_\_\_\_\_

Представитель команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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