Именная заявка

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О.  участников полностью | Дата  рождения | 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