ЗАЯВКА

на участие в Открытом межрегиональном турнире по киокушинкай

 “Кубок Матсушимы-2024” 14 апреля 2024 г., г.Тюмень

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(клуб, федерация, организация)

Представитель команды:тел.

(Фамилия, имя, отчество полностью) (только цифры, без пробелов и тире)

| **№** | **Фамилия Имя Отчество спортсмена**(полностью) | Возраст | **Дата рождения** (дд.мм.гггг) | **Кю, дан** | **Вес** | **Участие в дисциплинах** | **Фамилия Имя Отчество тренера(ов)**(полностью) | **Виза врача** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **кумитэ** | **ката** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Всего допущено к участию к соревнованиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_спортсменов

 (прописью)

Печать и подпись врача и медучреждения  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** /М.П./

фамилия и.о. врача подпись

Подпись и печать Руководителя клуба, федерации, организации **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** /М.П./

фамилия и.о. руководителяподпись