****

***Образец заявки***

Внимание! Именная заявка оформляется в формате альбомного листа.

Напротив, каждого участника, врач пишет слово «Допущен», расписывается и ставит личную печать врача. Также на заявку обязательно ставится печать лечебного учреждения, в котором работает врач и печать командирующей организации.

Убедительная просьба прикреплять к заявке список ссылок на опубликованные в СМИ вашего региона материалы, касающиеся сбора «Союз-2017» (список на отдельном листе в свободной форме).

**Именная заявка**

**для участия в ХV Всероссийском молодёжном образовательном сборе военно-спортивных организаций и кадетских корпусов**

**«Союз-2018 — Наследники Победы» в Казани**

от команды: «Ногинский кадетский корпус» МБОУ СОШ №21, Московская область, городской округ Ногинск, ул. Климова, д. 48, Ногинский муниципальный район. Тел.: 8-496-515-62-83, e-mail: [escaflowne06@mail.ru](mailto:escaflowne06@mail.ru).

**Вид спорта:** Военно-прикладные виды спорта

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество | Дата  рождения | Весовая категория | Регистрация (временная)  по месту фактического проживания, телефон родителей или представителей | Допуск к соревнованиям  Подпись и печать врача |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

Всего к соревнованиям допущено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек

11. Официальный представитель делегации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(подпись) (расшифровка полностью)*

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Официальный представитель делегации (тренер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(подпись) (расшифровка полностью)*

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(врачебно-физкультурного диспансера, кабинета)*

М.П.

Руководитель организации, учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(подпись) (расшифровка полностью)*

М.П.