**Заявка на участь НТЗ по Кіокушин карате**

***Закарпатська обл., м.Ужгород                       20-22.04.2023 р.***

**Місто \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       Керівник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Прізвище, ім’я,** **по-батькові** | **Дата народження** | **Участь в атестації** | **Проживання****(так/ні)** | **Харчування****(так/ні)** | **Підпис лікаря** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**До навчально-тренувального збору допущено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ осіб.**

**Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(підпис і печатка)

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 року**