**ЗАЯВКА**

**на участие в Первенстве Центрального Федерального Округа по Киокусинкай**

**11-12 ноября 2017 г., г. Орел**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(субъект РФ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фамилия, Имя, Отчество****(полностью)** | **Дата рождения (полная)** | **Спорт. разряд, звание** | **Кю, дан** | **Весовая категория** | **Участие в ката** | **Тренер****(ФИО полностью)** | **Виза врача** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Всего допущено к участию в соревнованиях спортсменов.

 (прописью)

Печать и подпись врача / /М.П./

 название учреждения, фамилия и.о. подпись

Подпись и печать Руководителя

органа исполнительной власти

субъекта РФ в области ФКиС / /М.П./

 название органа, должность, фамилия и.о. подпись

Подпись и печать руководителя

аккредитованной региональной

спортивной организации / /М.П./ название организации, должность, фамилия и.о. подпись