|  |  |
| --- | --- |
| **ИМЕННАЯ ЗАЯВКА** | Приложение № 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| наименование группы (возрастная категория) | | | | | | | |
| **Открытый турнир «БАЛТИЙСКАЯ ВОЛНА» по эстетической гимнастике** | | | | | | | |
| наименование спортивного мероприятия | | | | | | | |
| **1 мая 2024 г., МСЗ «Созвездие», адрес: г. Калининград, ул. Гагарина, 99** | | | | | | | |
| дата и место проведения спортивного мероприятия | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **№**  **пп** | **Состав группы** (ФИО полностью) | **Субъект РФ Город** | **Спортивная организация** (где числится спортсменка) | **Дата рождения** (полная) | **Спортивный разряд или звание** | **ФИО личного тренера** | **Медицинский допуск врача** (подпись, печать) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Допущено к участию в спортивном мероприятии |  |  |  |  | человек |
| Ответственный врач за медицинский допуск | ФИО |  | , подпись |  | МП (мед. учреждения) |
| Ответственный представитель команды | ФИО |  | , контактный телефон (моб.) |  |  |
| Тренер команды | ФИО |  | , контактный телефон (моб.) |  |  |
| Руководитель спортивной организации | ФИО |  | , подпись |  | МП (спорт. организации) |
| Руководитель аккредитованной региональной | ФИО |  | , подпись |  | МП (региональной федерации) |
| спортивной федерации |  |  |  |  |  |