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

|  |
| --- |
|  |
| наименование группы (возрастная категория) |
| **Открытый турнир по эстетической гимнастике «АСТОРИЯ»** |
| наименование спортивного мероприятия |
| **30 апреля 2024 г., ФСТ «Центр гимнастики», адрес: г. Казань, ул. Сыртлановой, д. 6** |
| дата и место проведения спортивного мероприятия |
|  |
| **№****пп** | **Состав группы**(ФИО полностью) | **Субъект РФГород** | **Спортивная организация**(где числится спортсменка) | **Дата рождения**(полная) | **Спортивный разряд или звание** | **ФИОличного 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 |  |  |  |  |  |