|  |  |
| --- | --- |
| **ИМЕННАЯ ЗАЯВКА** | Приложение № 2 |

|  |
| --- |
| **ОФП** |
|  |
| **Первенство Наро-Фоминского городского округа****по эстетической гимнастике среди юниорок 14-16 лет, девушек 12-14 лет, девочек 10-12 лет, девочек 8-10 лет** |
| наименование спортивного мероприятия |
| **24 мая 2025 г., «Физкультурно-оздоровительный комплекс «Мелодия, Наро-Фоминский г.о., г. Апрелевка, ул. Августовская, д. 40** |
| дата и место проведения спортивного мероприятия |
|  |
| **№****пп** | **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 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |