**ЗАЯВКА (коллективная)**

**на участие в ВФСК ГТО**

 (наименование учреждения)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/ п**  | **Фамилия, имя, отчество**  | **Дата рождения (дд.мм.гг.)**  | **УИН участника**  | **Ступень**  | **Виза врача\***  |
|  |  |  |  |  | **допущен,** подпись врача, дата, печать напротив каждого участника соревнований |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Допущено к выполнению комплекса ГТО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек (прописью)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (М.П. медицинского учреждения)

Руководитель учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. полностью, подпись)

М.П.

Ф.И.О. исполнителя (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_