**ІМЕННА ЗАЯВКА**

на участь в **Чемпіонаті області зі спортивного орієнтування серед учнівської молоді «Парки Буковини»**

Команди \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце проведення: **м. Чернівці** Дата проведення: **26 жовтня 2024 р.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Прізвище, ім’я учасника | Дата народження | Вікова група | Розряд | Навчальний заклад | Підпис лікаря та печатка ЛФД |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |

Допущено до участі у змаганнях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ осіб. Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(кількість цифрами та у дужках словами) підпис ПІП

Керівник органу управління

у сфері освіти територіальної громади \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

М.П. підпис П.І.П.

Представник команди \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), моб.тел. (Viber) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

підпис П.І.П.