**Іменна заявка**

**на участь у І відкритих міських змаганнях зі спортивного гірського туризму «Екстремали-2025» присвячених пам'яті загиблих рятувальників ДСНС України**

Назва команди: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Район (місто): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце проведення: КЗПО «ЦПО «Терни» КМР.

Дати проведення: 04-05.10.2025 р.

Заклад освіти:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  з/п | Прізвище, ім’я, по-батькові спортсмена | Дата народження | Спортивна кваліфікація | Клас дистанції | Тренер | Дозвіл лікаря, печатка |
|  |  |  |  |  |  |  |

**До Змагань допущено команду у складі \_\_ осіб**

Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тренер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_