**ЗАЯВКА**

на участие во Всероссийском дне бега «Кросс нации-2023»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шумерлинского муниципального округа

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Фамилия, имя, отчество****(полностью)** | **Год рождения** | **Место работы** | **Виза врача** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

Представитель команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

По состоянию здоровья к участию в соревнованиях допущено\_\_\_\_\_\_ человек

Врач. М.п.

Руководитель организации