*Заполненная заявка в электронном виде*

*отправляется на почту* *kgbmakc@mail.ru**.*

*Бумажный вид с отметками врача о допуске*

*предоставляется на первую игру*

**Заявка**

**на участие в Чемпионате по баскетболу 3х3**

**среди молодежных команд Волчанского городского округа**

**от команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Фамилия, имя, отчество (полностью)** | **Число, месяц, год рождения** | **Место регистрации, телефон** | **Серия и № паспорта, кем и когда выдан** | **Место учебы/работы** | **Отметка врача о допуске**  |
| **Капитан команды** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| **Члены команды** |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |