

ЗАЯВКА  
на участие в

от команды ^ \_\_\_\_\_

№ п/п	Фамилия Имя Отчество	Год рожд.	Спорт. разряд	ДСО, ведомство, организация	Вес	Фамилия И.О. Тренера	Город	Дата и виза врача
								Допущен «__»____201__г
								Допущен «__»____201__г
								Допущен «__»____201__г
								Допущен «__»____201__г
								Допущен «__»____201__г
								Допущен «__»____201__г
								Допущен «__»____201__г
								Допущен «__»____201__г
								Допущен «__»____201__г
								Допущен «__»____201__г

Все боксеры в количестве \_\_\_\_\_ человек прошли медицинский осмотр в надлежащем объеме, все боксеры соответствуют указанным весовым категориям.

Старший тренер \_\_\_\_\_

Подпись

Фамилия И.О.

Главный врач ГУЗ «Волгоградский областной клинический  
Центр восстановительной медицины и реабилитации № 1» \_\_\_\_\_

О.А. Гуро

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_г.  
Дата прохождения медосмотра

Президент Общественной спортивной организации  
«Волгоградская областная федерация бокса» \_\_\_\_\_

А.А. Цуканов

Председатель комитета физической культуры и спорта  
Волгоградской области \_\_\_\_\_

А.С. Глинянов

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
Дата оформления заявки