|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Класс | Возрастная группа | Участие | | 3 | Мужчины/ Женщины |  | | 2 | Мужчины/ Женщины |  | | 2 | Юниоры/ Юниорки |  | | В главную судейскую коллегию  Региональных соревнований по спортивному туризму  в дисциплине «дистанция – горная – связка», Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, д. 16, скалодром «Ориентир»,  16-17 декабря 2023 года |
|  |  |
| от |  |
|  | *название командирующей организации,* |
|  |  |
|  | *адрес, телефон, e-mail* |

**ЗАЯВКА**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Просим допустить до участия в соревнованиях команду – | | | | | |
|  | | | | | |
| *название команды* | | | | | |
| в следующем составе: | | | | | |
| **№ п\п** | **Фамилия, имя, отчество участника** | **Дата рождения** | **Спортивная квалификация** | **Медицинский допуск\*** | **Подпись участника\*\*** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |

\* напротив каждого участника слово “ДОПУЩЕН”, подпись и печать врача

\*\* Даю согласие в соответствии с Федеральным законом от 27.06.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»: на обработку персональных данных участника соревнований, на размещение на официальном сайте ФСТ фото и видеоматериалов и сведений о достижениях.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Всего допущено к соревнованиям | | |  | ( |  | ) | человек. |
|  | | |  |  | *прописью* |  |  |
| Не допущено |  | человек, в том числе | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *Фамилия, имя не допущенных участников* | | | | | | | |

М.П. Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /

*Печать медицинского учреждения подпись врача расшифровка подписи врача*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Представитель команды | | |  |
|  | | | *ФИО полностью, телефон, e-mail* |
| Тренер команды |  | | |
|  | *ФИО полностью, телефон, e-mail* | | |
| Руководитель организации | |  | |
| *М.П. название командирующей организации подпись руководителя расшифровка подписи* | | | |