| **В главную судейскую коллегию  Студенческих соревнований по спортивному туризму  среди образовательных организаций высшего образования  в рамках Лиги студенческого спортивного туризма Санкт-Петербурга (дисциплины «дистанции – горные»)** |
| --- |
| **Ленинградская обл., Выборгский р-н,  массив «Пальцево», 17– 19 мая 2024 г.** |

| от |
| --- |
| *название командирующей организации* |
|  |
| *адрес, телефон, e-mail* |

**ЗАЯВКА**

**НА УЧАСТИЕ В СОРЕВНОВАНИЯХ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Просим допустить к участию команду |  | в следующем составе: |

| **№ п/п** | **Фамилия, имя, отчество участника** | **Дата рождения** | **Спортивная квалификация** | **Медицинский допуск\*** | **Подпись участника\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* 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 РСФСТ СПб фото и видеоматериалов и сведений о достижениях.

Всего допущено к соревнованиям ( ) человек.

*прописью*

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

*Печать медицинского учреждения подпись врача расшифровка подписи врача*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Представитель команды |  |  |
| *ФИО полностью, телефон* | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель организации |  |  |
| *М.П. подпись руководителя расшифровка подписи* | | |