**Приложение № 1**

| **В главную судейскую коллегию Региональных соревнований по спортивному туризму в дисциплине «дистанция – горная – группа»** |
| --- |
| **Ленинградская область, Приозерский район, пос. Гранитное, массив «Малые скалы»** **19– 20 октября 2024 г.** |

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

**ЗАЯВКА**

**НА УЧАСТИЕ В СОРЕВНОВАНИЯХ**

Просим допустить к участию командув 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* |

**Приложение № 2**

| **В главную судейскую коллегию Межмуниципальных соревнований  по спортивному туризму в дисциплине «дистанция – горная – группа»** |
| --- |
| **Ленинградская область, Приозерский район, пос. Гранитное, массив «Малые скалы»** **19– 20 октября 2024 г.** |

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

**ЗАЯВКА**

**НА УЧАСТИЕ В СОРЕВНОВАНИЯХ**

Просим допустить к участию командув 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* |