

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель учреждения образования
или начальник структурного
подразделения областного (Минского
городского) исполнительного комитета
_____ (инициалы, фамилия)

(подпись)

« ____ » _____ 2024 г.

М.П.

ИМЕННАЯ ЗАЯВКА
на участие в республиканском студенческом турнире
«Пряничный лазер-ран»

(наименование учреждения образования)

ФИО участника полностью	Дата рождени я	Этап эстафеты	Подпись участника, подтверждающая согласие на обработку персональных данных и ознакомление с правилами безопасности во время проведения спортивно-массовых мероприятий	Виза и печать врача
1.		1 (жен.)		
2.		2 (муж.)		
3.		3 (жен.)		
4.		4 (муж.)		

Врач

_____ (подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Представитель
(руководитель) команды

_____ (подпись)

(ФИО полностью)

Телефон представителя команды: