

# Заявка на участь НТЗ по Кіокушин карате

Закарпатська обл., м.Ужгород

22-23.04.2024 р.

Місто \_\_\_\_\_

Керівник \_\_\_\_\_

| №<br>п/п | Прізвище,<br>ім'я,<br>по-батькові | Дата<br>народження | Участь в<br>атестації | Проживання<br>(так/ні) | Харчування<br>(так/ні) | Підпис<br>лікаря |
|----------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------|
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |
| 1.       |                                   |                    |                       |                        |                        |                  |

До навчально-тренувального збору допущено \_\_\_\_\_ осіб.

Лікар \_\_\_\_\_  
(підпис і печатка)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024року