# ifff_logoІвано-Франківська обласна асоціація футболу Поштова адреса: індекс

**Допущено \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) футболіст(-ів) м.**

**Представник ІФАФ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вул.**   **б.**

**Дата: \_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ . 20\_\_\_\_ р. Тел./факс:**

## ДОЗАЯВКОВИЙ ЛИСТ

**команди \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – учасниці Кубку чемпіонів міст і р-нів Івано-Франківської обл. з футболу сезону 20\_\_\_ - 20\_\_\_ рр.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | Прізвище, ім’я, по-батькові *(повністю, друкованим текстом)* | **Дата народження** | Дозвіл лікаря  на участь у змаганнях  **(дата, підпис, печатка)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Керівник футбольного клубу **Всього допущено до змагань**:

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) футболістів

М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

(підпис, П.І.Б.)

Лікар: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис, П.І.Б.)