**ЗАЯВКА**

**на участие в программе I (муниципального) этапа Фестиваля ВФСК «Готов к труду и обороне»**

**от команды** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(фамилия семьи)*

**Дата проведения: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. г. Лангепас**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фамилия, имя, отчество** | **Число, месяц,****год рождения** | **УИН в АИС ГТО** | **Виза врача** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

**К соревнованиям допущено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ чел.**

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.**

**Представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МП**