**Калуська районна Асоціація футболу**



#

 ***Допущено \_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) футболістів***

***Представник КРАФ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )***

 ***“\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року***

##  Д О З А Я В К О В И Й А Р К У Ш

*на участь команди* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *в чемпіонаті, першості та розіграші Кубка Калуського району з футболу (першого обласного етапу змагань) сезону 2024-2025 років на підтримку Збройних Сил України «Разом до перемоги!»*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | Прізвище, ім’я, по-батькові *(повністю, друкованим текстом)* | **Число, місяць,****рік народження** | Дозвіл лікаряна участь у змаганнях**(дата, підпис, печатка)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

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

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

М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )* Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

 підпис П.І.Б. підпис П.І.Б.

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

 підпис П.І.Б.