ЗАЯВКА

для участия в первенстве г. Минска

Команды «_____» _____г.р.

№	Фамилия и Имя	Дата рождения	Виза врача

Всего допущено *(прописью)* _____ человек

Представитель _____ Врач _____

Руководитель _____ Тренер _____

М.П.