

Пермская городская федерация волейбола

Допущено к _____ г. Перми

Адрес: _____

«.....» 20 ____ года

_____ человек

тел/факс _____

Гл. судья ____ группы _____

ЗАЯВКА

Команды _____

_____ на участие в _____ г. Перми

среди _____ команд _____ группы

№	Фамилия Имя Отчество	Дата рожд.	Сп. раз-д	Место работы	Виза врача
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Руководитель организации _____

М П Председатель КФК, СК _____

Тренер-представитель _____

Врач допущено _____ человек