**Заявка**

(Семья)

на участие в муниципальном этапе Всероссийского физкультурно-спортивного

комплекса «Готов к труду и обороне» среди семейных команд Советского района в 2024 году

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения (д.м.г.) | УИН в АИС ГТО | Ступень комплекса ГТОвозраст | Допуск врача |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

Допущено к Фестивалю комплекса ГТО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек.

 (*прописью*)

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО) (подпись)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г. ( **М.П. медицинского учреждения** )

Ф.И.О. исполнителя (полностью):

Контактный телефон,e-mail: