**Заявка**

на участие в районной спартакиаде среди инвалидов

посвященной Всероссийской декаде инвалидов

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование команды)*

Вид спорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Ф.И.О. | Дата рождения | Адрес прописки | Заболевание | МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК  слово «ДОПУЩЕН», подпись и печать врача напротив каждого участника |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

Даю свое согласие на обработку, использование и хранение персональных данных участников соревнований, согласно Федеральному закону Российской Федерации №152-ФЗ от 27.07.2006 "О персональных данных", необходимых для организации и проведения мероприятия.

Допущено к участию в соревнованиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ участников.

(*прописью*)

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

(*Ф.И.О*) (*подпись*)

ДАТА *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (М.П. медицинского учреждения)*

Представитель команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(подпись) (Ф.И.О. полностью)*