# Форма № 2

|  |  |
| --- | --- |
| Логотип МРО.jpg | **ЗАЯВОЧНЫЙ ЛИСТ КЛУБА** **ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПЕРВЕНСТВЕ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА** **ПО МИНИ-ФУТБОЛУ (ФУТЗАЛУ) 2022 ГОДА** **возрастная категория:** Выберите элемент. |
|  |
| Спортивное наименование команды клуба: |
| Цвета основной экипировки (футболки, шорты, форма вратаря): |
| Цвета запасной экипировки (футболки, шорты, форма вратаря): |
|  |
| Заполняется МРО «Северо-Запад» (Оргкомитетом)Допущено для участия Соревновании \_\_\_\_\_ футболистов и \_\_\_\_\_ официальных лиц клуба. Подпись и ФИО лица, осуществившего внесение в заявку в целях участия в Соревнованиях: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_м.п. МРО «Северо-Запад» |
| **ФУТБОЛИСТЫ** |
| **№** | **Фамилия, имя отчество (полностью)** | **Дата рождения****(дд.мм.гггг)** | **Номер паспорта / св. о рождении** | **ID РФС.ЦП** | **Амплуа** | **Медицинский допуск** |
| **Допущен / не допущен** | **Подпись врача** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **ОФИЦИАЛЬНЫЕ ЛИЦА КЛУБА** |
| **№** | **Фамилия, имя отчество (полностью)** | **Дата рождения****(дд.мм.гггг)** | **Номер паспорта** | **ID РФС.ЦП** | **Должность, моб., e-mail** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Руководитель клуба: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Главный тренер команды: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Подпись врача по спортивной медицине либо уполномоченного представителя медицинской организации,

имеющей сведения о прохождении медицинского обследования футболистами: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Печать медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности,

предусматривающей работы (услуги) по лечебной физкультуре и спортивной медицине: м.п.

|  |
| --- |
| Заполняется сотрудником РФФВ РФС.ЦП за клубом зарегистрировано \_\_\_\_\_ футболистов. Подпись и ФИО лица, осуществившего проверку сведений в РФС.ЦП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_м.п. РФФ |