# 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 РФФ  В РФС.ЦП за клубом зарегистрировано \_\_\_\_\_ футболистов.  Подпись и ФИО лица, осуществившего проверку сведений в РФС.ЦП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  м.п. РФФ |