# Форма № 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | |
| Логотип МРО.jpg | | **ЗАЯВОЧНЫЙ ЛИСТ КЛУБА**  **для участия в Кубке чемпионов Офф «Северо-Запад»** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Спортивное наименование команды клуба: | | | | | | | | | |
| Цвета основной экипировки (футболки, шорты, форма вратаря): | | | | | | | | | |
| Цвета запасной экипировки (футболки, шорты, форма вратаря): | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Заполняется Объединением федераций футбола «Северо-Запад»  Внесено в заявку \_\_\_\_\_ футболистов и \_\_\_\_\_ официальных лиц клуба.  Подпись и ФИО лица, осуществившего внесение в заявку в целях участия в Соревнованиях: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  м.п. ОФФ «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** |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОФИЦИАЛЬНЫЕ ЛИЦА КЛУБА** | | | | | |
| **№** | **Фамилия, имя отчество (полностью)** | **Дата рождения**  **(дд.мм.гггг)** | **Номер паспорта** | **ID РФС.ЦП** | **Должность, моб., e-mail** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Руководитель клуба (президент, директор): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

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