# Форма № 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Логотип МРО.jpg |  | **ЗАЯВОЧНЫЙ ЛИСТ КЛУБА** **для участия в** Выберите элемент.**сезона 2022 года** |
|  |  |
| Спортивное наименование команды клуба (как в Форме № 1): |
| Цвета основной экипировки (футболки, гетры, форма вратаря): |
| Цвета запасной экипировки (футболки, гетры, 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)** | **Гражданство** | **Номер паспорта / св. о рождении** | **ID РФС.ЦП** | **Амплуа** | **Медицинский допуск** |
| **Допущен / не допущен** | **Подпись врача** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ОФИЦИАЛЬНЫЕ ЛИЦА КЛУБА – РУКОВОДЯЩИЙ СОСТАВ**(президент, вице-президент, генеральный директор и т.д.) |
| **№** | **Фамилия, имя отчество (полностью)** | **Дата рождения****(дд.мм.гггг)** | **Номер паспорта** | **ID РФС.ЦП** | **Должность, моб., e-mail** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **ОФИЦИАЛЬНЫЕ ЛИЦА КЛУБА – ТРЕНЕРСКИЙ И АДМИНИСТРАТИВНЫЙ СОСТАВ, В ЦЕЛЯХ ВНЕСЕНИЯ В ПРОТОКОЛ МАТЧА** (главный тренер, тренер, тренер вратарей, начальник команды, врач, массажист, администратор, переводчик, тренер по физической подготовке, физиотерапевт) |
| **№** | **Фамилия, имя отчество (полностью)** | **Дата рождения****(дд.мм.гггг)** | **Номер паспорта** | **ID РФС.ЦП** | **Должность (для тренеров – лицензия и срок её действия), моб., e-mail** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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