

**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В СОРЕВНОВАНИЯХ
во Всероссийских соревнованиях по акробатическому рок-н-роллу**

17.09.2017 г.

/Дата проведения /

г. Калининград

/ Место проведения /

ОТ _____

/организация /

№ п/п	Фамилия, имя	Дата рождения	Спорт. звание	Тренер	Виза врача о допуске
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Руководитель командирующей
организации (должность)

Врач _____

_____ ФИО

подпись

Представитель команды _____