

Додаток № 1
ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ОДЕСЬКІЙ ШКІЛЬНОЇ БАСКЕБОЛЬНОЇ ЛІЗІ
СЕЗОН 2018/19 рр.



Команда _____

№ п/п	Прізвище, ім'я та по-батькові	Дата народження	Амплуа	Зріст	Телефон	Медичний допуск підпис лікаря
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

ТРЕНЕРСЬКИЙ СКЛАД

	Посада	Прізвище, ім'я та по-батькові	Дата народження	Контактна інформація (телефон, e-mail) обов'язково
1	Головний тренер			
2	Помічник тренера			

Керівник учбового закладу _____ (Прізвище, ініціали) _____ (підпис) М.П.

Головний тренер команди _____ (Прізвище, ініціали) _____ (підпис)

Лікар допущено ___ чоловік _____ (словами, розбірливо) _____ (підпис) _____ (Прізвище, ініціали) М.П.