



**ДОДАТОК № 3**  
**ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ОДЕСЬКІЙ ШКІЛЬНОЇ БАСКЕБОЛЬНОЇ ЛІЗІ 3x3**  
**СЕЗОН 2018/19 рр.**



Команда \_\_\_\_\_

#	Прізвище та Ім'я	Дата народження	Телефон	Медичний допуск підпис лікаря
1				
2				
3				
4				

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

Представник команди \_\_\_\_\_  
(Прізвище, ініціали) (підпис)

Лікар допущено \_\_\_ чоловік \_\_\_\_\_ М.П.  
(словами, розбірливо) (підпис) (Прізвище, ініціали)