



ДОДАТОК № 3
ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ОДЕСЬКІЙ ШКІЛЬНОЇ БАСКЕБОЛЬНОЇ ЛІЗІ 3x3
СЕЗОН 2019/20 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)