



ЗАЯВКОВИЙ АРКУШ

Команди _____
учасниці ДЮФЛ Хмельницької області сезону _____
вікова категорія _____ / _____ р.н. група - _____

Поштова адреса: індекс _____

м. _____

тел./факс команди: _____

вул. _____

назва стадіону _____

№	ПІБ футболіста (повністю)	Число, місяць, рік народження	Дозвіл лікаря, печатка
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			

Допущено до змагань _____ футболістів

Лікар _____ (_____)

М.П.

Керівник ДЮСЗ _____ (_____) тел _____

М.П.

Тренер команди _____ (_____) тел _____