



ДОЗАЯВКОВИЙ АРКУШ

Команди _____
учасниці ДЮФЛ Хмельницької області сезону 2026/27 р.р.
вікова категорія U-

Поштова адреса: індекс _____

м. _____

вул. _____

тел./факс команди: _____

назва стадіону _____

№	ПІБ футболіста (повністю)	Число, місяць, рік народження	Дозвіл лікаря, печатка
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Допущено до змагань _____ футболістів

Лікар _____ (_____)

М.П.

Керівник ДЮСЗ _____ (_____) тел _____

М.П.

Тренер команди _____ (_____) тел _____