

Хмельницька обласна асоціація футболу

Допущено _____ (_____) футболіст(-ів)

Представник ГС «ХОАФ»: _____

Дата: ____ . ____ . 20__ р.



Поштова адреса: індекс 29001

м. Хмельницький

вул. Проскурівська, _____ б. 60/1

Тел.: +380995260950

ДОЗАЯВКОВИЙ ЛИСТ

команди _____ – учасниці _____ сезону _____

№ п/п	Прізвище, ім'я, по-батькові (повністю, друкованим текстом)	Дата народження	Амплуа	Дозвіл лікаря на участь у змаганнях (дата, підпис, печатка)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

Керівник футбольного клубу

М.П. _____
(підпис, П.І.Б.)

Всього допущено до змагань:

_____ (_____) футболістів

Дата: _____ М.П.

Лікар: _____
(підпис, П.І.Б.)