



ЗАЯВКОВИЙ АРКУШ

Команди _____
учасниці ДЮФЛ Хмельницької області сезону 2025/26 р.р.
вікова категорія ____ / _____ р.н. група - _____

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.			
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 _____