**Всероссийская федерация парусного спорта**

**ЗАЯВКА**

На участие в соревновании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От (наименование организации полностью и аббревиатурой согласно Уставу)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ, ОБЛАСТЬ/КРАЙ, ГОРОД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КЛАСС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ НОМЕР НА ПАРУСЕ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер страхового полиса спортсмена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Экипаж судна**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФИО полностью** | **Дата рождения** | **Рулевой****/шкотовый** | **Яхтенная квал.** | **Спорт****разряд** | **Личная подпись в умении плавать** | **Виза врача о допуске к соревнованию** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Экипаж яхты обязуется подчиняться правилам, действующим на соревновании.

Капитан-рулевой (подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, тренер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, своей подписью удостоверяю, что перечисленные выше спортсмены тренировку прошли, к соревнованию подготовлены. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данных спортсменов готовила группа перечисленных тренеров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Место печати | Руководитель организацииДолжностьПодписьФИО |
| Место печати | **Руководитель органа исполнительной власти в области ФК и С**ДолжностьПодписьФИО |
| Место печатиМедицинского учреждения | **ФИО врача****Должность****Подпись****Наименование учебного учреждения** |