

Potwierdzenie udziału w zgrupowaniu (konsultacji)



Finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego



Ministerstwo Sportu

sport		
termin		
miejsce		
forma szkolenia		

potwierdzenie z miejsca pobytu

kadra szkoleniowa

Lp.	nazwisko	imię	klub	liczba dni szkolenia	podpis	uwagi
1						
2						
3						
4						

zawodnicy

Lp.	numer zawodnika na liście kw	nazwisko	imię	klub	liczba dni szkolenia	podpis	uwagi
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
	zawodnicy posiadają aktualne badania lekarskie						
	podpis tr. koordynatora						
	* niepotrzebne skreślić				akceptacja		