**ЗАЯВКА**

на участие в программе Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) среди взрослого трудоспособного населения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф. И.О. | Дата рождения (дд.мм.гг.) | УИН номер в АИС ГТО | Спортивное звание или разряд | Виза врача |
|  |  |  |  |  | допущен*.*  *подпись врача. дата. печать напротив каждого участника соревнований* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

(Наименование предприятия, организации, учреждения)

Допущено к тестированию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)

*ДАТА (М.П. медицинского учреждения)*

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель команды |  |
|  | *(подпись, Ф.И.О. полностью)* |
|  |  |

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП