**ЗАЯВКА**

**на участие команды**

(название образовательной организации, МРСД № )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя | Дата рождения (число, месяц, год) | Виза врача, печать  медицинского  учреждения |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |

**в Межрайонном этапе Московских городских соревнований**

**«Школа безопасности»**

Всего допущено к соревнованиям участников.

Врач

(Ф.И.О. полностью, подпись)

Печать медицинской организации

Руководитель команды

(Ф.И.О. полностью, подпись)

Заместитель руководителя

команды

(Ф,И,0. полностью, подпись)

Адрес образовательной организации:

(почтовый индекс is полный адрес)

Телефон (факс)

Руководитель образовательной организации / /

М.П. (Подпись)