

ЗАЯВКА
на участие в выполнении испытаний Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса “Готов к труду и обороне” (ГТО) среди

от _____

дата проведения _____

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	ИД номер в АИС ГТО	Дата рождения (дд.мм.гггг)	Полных лет	Степень	Прим.	Виза врача (отметка о допуске)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Участники в количестве _____ прошли медицинскую комиссию и допущены к выполнению испытаний комплекса ГТО.

Врач _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О. полностью)
(М.П. медицинского учреждения)

Представитель команды _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О. полностью)

Директор _____ / _____ /
М.П. (подпись) (Ф.И.О.)

Ф.И.О. исполнителя (полностью) _____

Контактный телефон _____