ZGŁOSZENIE IMIENNE

**Mistrzostwa Polski Osób Niepełnosprawnych w Pływaniu**

**Gorzów Wlkp. 04-06.12.2020r**

Nazwa Jednostki (adres): ……………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwisko i imię**  zawodnika | Grupa startowa | | | | PESEL | **Kadra Narodowa**  TAK/NIE | Nr Orzeczenia | Do Klasyfikacji  medycznej  TAK/NIE | **Wózek**  TAK/NIE | |
|  |  | S | SB | SM | AB |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **PESEL** | **Funkcja\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OSOBY TOWARZYSZĄCE**

**\* Funkcja:**

(trener, kierowca, opiekun)

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

Data, Imię i nazwisko Kierownika jednostki

Ilość zawodników:…………. Ilość osób towarzyszących:…………… **RAZEM osób** :…………………………….

Nazwisko i Imię, nr telefonu osoby do kontaktu: ……………………………………………………………………….