ZGŁOSZENIE IMIENNE

**LETNIE OTWARTE MISTRZOSTWA POLSKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W PŁYWANIU**

**GORZÓW WLKP., 26-28 MAJ 2023**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwisko i imię**zawodnika | PESEL | **Kadra Narodowa**TAK/NIE | Stopień niepełnosprawności  | Nr Orzeczenia | **Wózek**TAK/NIE | **Zakwaterowanie (kto z kim) pokoje 1, 2 i 3 osobowe** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **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: ……………………………………………………………………….