

ZGŁOSZENIE IMIENNE

LETNIE MISTRZOSTWA POLSKI

OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W PŁYWANIU

Zielona Góra-Drzonków, 14-16.06.2019 r.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię  zawodnika | Nr pesel | Adres zamieszkania | Kadra Narodowa  TAK/NIE | Nr Orzeczenia | Stopień niepełnosprawności  Znaczny/Umiarkowany/Lekki | Do Klasyfikacji  medycznej  TAK/NIE | Wózek  TAK/NIE |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |

- w przypadku większej ilości uczestników proszę dodać w tabeli kolejne wiersze

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Nr pesel | Adres zamieszkania | **Funkcja\*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**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: ……………………………………………………………………….