

.....potwierdzenie z miejsca pobytu.....

POTWIERDZENIE UDZIAŁU ZAWODNIKÓW W ZGRUPOWANIU / KONSULTACJI

|          |  |
|----------|--|
| Sport:   |  |
| Termin:  |  |
| Miejsce: |  |

UWAGA: Wykazujemy wszystkie osoby korzystające ze świadczeń (zawodnicy + trenerzy)

| Lp. | Nr zawodnika | Imię i nazwisko | Klub | Liczba dni pobytu | Podpis |
|-----|--------------|-----------------|------|-------------------|--------|
| 1   |              |                 |      |                   |        |
| 2   |              |                 |      |                   |        |
| 3   |              |                 |      |                   |        |
| 4   |              |                 |      |                   |        |
| 5   |              |                 |      |                   |        |
| 6   |              |                 |      |                   |        |
| 7   |              |                 |      |                   |        |
| 8   |              |                 |      |                   |        |
| 9   |              |                 |      |                   |        |
| 10  |              |                 |      |                   |        |
| 11  |              |                 |      |                   |        |
| 12  |              |                 |      |                   |        |
| 13  |              |                 |      |                   |        |
| 14  |              |                 |      |                   |        |
| 15  |              |                 |      |                   |        |
| 16  |              |                 |      |                   |        |
| 17  |              |                 |      |                   |        |
| 18  |              |                 |      |                   |        |

Potwierdzam, że zawodnicy posiadają aktualne badania lekarskie i numer PESEL

.....  
podpis trenera koordynatora

Liczba osobodni: .....    Liczba osób: .....