

.....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:**