



3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

Тренер команды \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Представитель команды \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Телефон представителя \_\_\_\_\_

Спортсмены в количестве \_\_\_\_\_ человек прошли медицинский осмотр в полном объеме

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(подпись)

(Фамилия, Имя, Отчество)

Печать врача

Главный врач ВФД (лечебного учреждения) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П. ВФД (лечебного учреждения)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 г.

Руководитель органа управления физической культурой и спортом муниципального образования

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 г.

МП

Согласовано:

Заместитель начальника

Управления спортивных мероприятий и массового спорта

\_\_\_\_\_ И.С. Кройтер