

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

**POTWIERDZENIE UDZIAŁU ZAWODNIKÓW W ZGRUPOWANIU / KONSULTACJI**

<b>Sport:</b>	
<b>Termin:</b>	
<b>Miejsce:</b>	

**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: .....