

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

POTWIERDZENIE UDZIAŁU ZAWODNIKÓW W ZGRUPOWANIU / KONSULTACJACH**Sport****Termin****Miejsce****UWAGA: Należy wykazać 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					
19					
20					

Lp.	Nr zawodnika	Imię i nazwisko	Klub	Liczba dni pobytu	Podpis
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

Potwierdzam, że zawodnicy posiadają aktualne badania lekarskie oraz numer PESEL

.....
 podpis trenera koordynatora

Liczba osobodni: Liczba osób: