Приложение 2

 к Положению

# ЗАЯВКА[](#_bookmark0)

## **на участие в региональном этапе**

## **Всероссийских спортивных соревнований школьников «Президентские состязания»**

|  |
| --- |
| (Наименование муниципального образования) |

Общеобразовательная организация

*(полное наименование в соответствии с Уставом)*

Адрес общеобразовательной организации

Класс

Телефон общеобразовательной организации E-mail: Сайт: Название ШСК год основания

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения (дд.мм.гггг.) | Период обучения в данной образ. организации(№ и дата приказа о зачислении в данный класс) | Виза врача (*допущен,**дата осмотра, подпись врача, печать напротив**каждого участника соревнований)* |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |

Допущено к участию в Президентских состязаний обучающихся.

*(прописью)*

Врач / *(М.П. медицинского учреждения)*

*(Ф.И.О) (подпись)*

** Заявка оформляется отдельно на городскую класс-команду**

**и сельскую класс- команду**

**Участие команды в дополнительных видах программы по видам спорта:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Виды спорта | Юноши | Девушки | Смешаннаякоманда |
| 1. | Бадминтон | х | х |  |
| 2. | Баскетбол 3х3 (городские класс-команды) |  |  | х |
| 3. | Баскетбол 3х3 (сельские класс-команды) | х | х |  |
| 4. | Спортивный туризм |  |  | х |
| 5. | Футбол (мини-футбол) |  | х | х |
| 6. | Шашки |  |  | х |
| 7. | Творческий конкурс | х | х |  |

***В свободных ячейках видов программы необходимо проставить «+» если команда будет выступать в данном виде****.*

Классный руководитель

*(Ф.И.О. полностью, подпись, телефон)*

Учитель физической культуры

*(Ф.И.О. полностью, подпись, телефон)*

Руководитель делегации

*(Ф.И.О. полностью, подпись, телефон)*

Заявку подтверждаю:

Директор общеобразовательной

организации

« » 2024 г. *(Ф.И.О. полностью, подпись, телефон) М.П. (гербовая)*

Руководитель органа местного

самоуправления, осуществляющих

управление в сфере образования

« » 202 г. *(Ф.И.О. полностью, подпись, телефон) М.П. (гербовая)*

***Ссылки на протоколы результатов школьного, муниципального этапов.***

**Ф.И.О. исполнителя (полностью)**

**Контактный телефон**

1. ***Предварительную заявку необходимо составлять с учётом запасных участников, без визы врача.***
2. ***Требования, предъявляемые к основным и запасным участникам, указанным в предварительной заявке, одинаковы.***
3. ***Обращаем внимание, что виза врача действительна в течение 10-ти дней.***
4. ***Подписи и печати, подтверждающие заявку, не должны быть на отдельном от заявки листе.***