Приложение 2

к Положению

**ЗАЯВКА**

**на участие в региональном этапе Всероссийских спортивных**

**игр школьников «Президентские спортивные игры»**

(Воронежская область)

Наименование муниципального образования Воронежской области:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общеобразовательная организация:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование в соответствии с Уставом общеобразовательной организации)

Адрес общеобразовательной организации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 региональном этапе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обучаюихся.

*(прописью)*

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

*(Ф.И.О) (подпись)*

« » \_\_\_\_\_\_\_\_202 \_г.

Классный руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Руководитель команды (должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заявку подтверждаю:

Директор общеобразовательной

организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *М.П. (гербовая)*

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

« » 202 г.

Руководитель органа местного

самоуправления, осуществляющих

управление в сфере образования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *М.П. (гербовая)*

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

« \_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.

***Ссылки на протоколы результатов:***

***- школьного этапа:***

***- муниципального этапа:***

**Ф.И.О. исполнителя (полностью)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактный телефон**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***Обращаем внимание, что виза врача действительна в течение 10-ти дней.***
2. ***Подписи и печати, подтверждающие заявку, не должны быть на отдельном от заявки листе.***