

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Президент Федерації
волейболу України


М. Г. Мельник

« » 2017 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Голова Комітету з фізичного
виховання та спорту МОН України


В. Г. Стеценко

« »

2017 р.



Зміни до Регламенту
про проведення чемпіонату України з волейболу
серед команд юнаків та дівчат
загальноосвітніх навчальних закладів
(Шкільна волейбольна ліга України)
2016–2020 р.

**ШКІЛЬНА ВОЛЕЙБОЛЬНА ЛІГА УКРАЇНИ
серед команд загальноосвітніх навчальних закладів**

ЗАЯВКА команди на участь у змаганнях ШВЛУ

(назва команди, назва/номер загальноосвітнього навчального закладу та населений пункт)
на участь у змаганнях _____ етапу ШВЛУ серед команд: юнаків / дівчат (підкреслити); старшого / середнього віку (підкреслити)
місце проведення змагань (вказати район, місто, область, м. Київ): _____

№ п/п	Прізвище, ім'я та по батькові В АЛФАВІТНОМУ ПОРЯДКУ	Дата народження гравця / вчителя фізкультури (представника команди)	Школа клас	Домашня адреса, контактні телефони	Віза лікаря
1... ...12	Іваненко Тетяна Петрівна	14.09.2000	Ліцей «Лідер», 10-Б клас	Київ, 01014, вул. Бастіонна, буд. 14, кв. 7, м.т.: 067-123-45-67	Доп. 01.09.2016 Підпис лікаря _____ Печатка лікаря: _____ (для кожного гравця окремо)
1.	Петренко Іван Васильович	03.10.1948	Вчитель фізичної культури	Київ, 02315, вул. Марченко, б. 15, кв.48, сл. т.: (044) 123-45-67, д.т.: (044) 987-65-43, м.т.: 067-098-76-54	

До змагань допущено _____ осіб команди

Директор загальноосвітнього навчального закладу _____ Прізвище, ім'я та по батькові, підпис, печатка

Вчитель фізичної культури ЗНЗ _____ Прізвище, ім'я та по батькові, підпис

Тренер команди (за наявності) _____ Прізвище, ім'я та по батькові, підпис

Начальник обласного (міського) відділу освіти і науки _____ Прізвище, ім'я та по батькові, підпис, печатка

Начальник відділення (філії) Комітету з ФВС МОН України _____ Прізвище, ім'я та по батькові, підпис, печатка

Лікар ЗНЗ або територіально медичного закладу _____ Прізвище, ім'я та по батькові, підпис, печатка

Заявка команди обов'язково має бути завірена печаткою медичного закладу! Термін дії Заявки складає два тижні, починаючи з дня проходження командою-учасницею змагань ШВЛУ медичного огляду. _____ (дата складення Заявки)