**8.ФОРМА ЗАЯВКИ:**

**ЗАЯВКА**

**на участие в майской легкоатлетической эстафете среди работников учреждений Каргопольского муниципального округа**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО участника** | **Дата рождения** | **Допуск врача****(личная подпись, подтверждающая персональную ответственность за своё здоровье)** |
|  |  |  |  |

**Руководитель организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО руководителя**