Ф Е Д Е Р А Ц И Я П А У Э Р Л И Ф Т И Н Г А Р О С С И И

**З А Я В К А**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| на участие команды |  |  |
| **в Чемпионате г. Магнитогорска**  | **по пауэрлифтингу** | **Жим среди людей с ОВЗ**  |
|  |  |
| *сроки проведения:* |  | 2024 г. |  *гор.* | Магнитогорск. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя | Дата рожд. | Разряд | Город  | Вес.кат. | Лучший рез-т  | На каких соревн. показан рез-т (за посл.12 мес.) | Тренеры | Виза врача |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Представитель команды: |  |  |  К соревнованиям допущено: |  | человек |
|  | (фамилия, **имя, отчество**) |  |  Врач диспансера: |  |