………………………………………………………… ………………………………………………….

(pieczęć zakładu pracy -uczelni ) (data - miejscowość )

LISTA

zgłoszonych zawodników……………………………………………………………………………………………………………………. w…………….……………………………………….……do udziału

 w Mistrzostwach Polski w piłce nożnej pracowników Służby Zdrowia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię zawodnika** | **Rok urodzenia** | **Numer na koszulce** | **Zdobyte bramki** | **Kary nałożone na zawodnika** | **Uwagi** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………

(nazwisko i Imię trenera/opiekuna/kierownika\*drużyny, tel. kontaktowy) (osoba potwierdzająca tożsamość zawodników)

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

\*niepotrzebne skreślić