

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ЛИСТ КОМАНДЫ-УЧАСТНИКА ЛВЛ ЗЕЛЕНОГРАДА



Я понимаю, что участие в соревнованиях при наличии у меня острых и (или) хронических заболеваний может вызвать негативные последствия для моей жизни и здоровья.

Я заявляю, что самостоятельно и своевременно прохожу медицинское обследование. Участвуя в турнирах ЛВЛ Зеленограда, я принимаю на себя ответственность за состояние своего здоровья.

Я подтверждаю, что информация указанная мной – достоверна.

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____

Подпись _____ Расшифровка _____ Дата _____