Дитячо-юнацька футбольна ліга
Івано-Франківської області

Допущено _____ (_____) футболістів

Представник ДЮФЛІФО _____

“_____” _____ 2024 року

З А Я В О Ч Н И Й А Р К У Ш

команди _____ учасниці турніру "Зимовий Кубок ДЮФЛІФО" з футболу серед команд U-13

№ п/п	Прізвище, ім’я, по-батькові *(повністю, друкованим текстом)*	Число, місяць, рік народження	Амплуа	Дозвіл лікаря на участь у змаганнях (дата, підпис, печатка)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Керівник ДЮСЗ

М.П. _____
(підпис, П.І.Б.)

Всього допущено до змагань:

_____ (_____) футболістів

Дата: _____ М.П.

Лікар: _____
(підпис, П.І.Б.)

Кольори ігрової форми:

Основна (домашні матчі) – футболки _____; шорти _____; гетри _____.

Запасна (гостьові матчі) – футболки _____; шорти _____; гетри _____.

КЕРІВНИЙ СКЛАД ДЮСЗ:

Посада	**Прізвище, ім'я, по-батькові** *(повністю)*	**Дата народження**	**Телефони**		
			службовий	**мобільний**	**домашній**
Керівник ДЮФЗ					
Старший тренер					
Тренер					