

HALOWY TURNIEJ PIŁKI NOŻNEJ "WIELKANOC –KOBYLNICA 2019"

SZKOŁA PODSTAWOWA W _____

| L.p. | KOLOR STROJU | | | BRAMKI | | | | | | | | | |
|------|-----------------|----------|-------------|--------|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| | IMIĘ I NAZWISKO | DATA UR. | NR KOSZULKI | MECZE | | | | | | | | | |
| 1 | | | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | | | |

(IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA/TRENERA)

Oświadczam, że:

1. Data urodzenia zawodników jest zgodna z powyższymi danymi.
2. Wyżej wymienieni zawodnicy posiadają badania lekarskie, mogą brać udział w turnieju i nie ma żadnych przeciwwskazań odnośnie zdolności do udziału w turnieju.
3. Przyjmuję do wiadomości, że nagrody przewidziane są tylko dla 10 zawodników.
4. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy utracone przez w/w zawodników.
5. Ww. zawodnicy są uczniami szkoły.

(PODPIS DYREKTORA SZKOŁY
LUB OPIEKUNA DRUŻYNY)