 Zadanie realizowane ze środków Ministerstwa Sportu i Turystyki



****Lista uczestników **Integracyjnego Festynu sportowego**

 **z udziałem osób niepełnosprawnych**

 **Gryfino**

 Termin: **23.05.2019**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Imię i nazwisko zawodników | Adres placówki | **Nazwa placówki** | Nr tel. |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |
| 17. |  | **OPIEKUNOWIE** |  |  |
| 18. |  | **OPIEKUNOWIE** |  |  |

1. Złożony podpis na karcie startowej każdej ze zgłoszonych placówek jest jednoznaczny z akceptacją regulaminu Integracyjnego Festynu Sportowego z udziałem osób niepełnosprawnych. 2.Wyrażeniem zgody na udzielenie pomocy medycznej i ewentualnej hospitalizacji w nagłych przypadkach. 3.Oświadczeniem, iż nie ma lub nie są znane przeciwwskazania medyczne i zdrowotne do udziału w dyscyplinach sportowych odbywających się podczas Igrzysk.

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

Miejscowość, data zgłoszenia pieczęć imienna i podpis kierownika placówki