**ZGŁOSZENIE UCZESTNIKÓW**

**NA XXI MITYNG PŁYWACKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH IM. KRZYSZTOFA BRZĘCZKA**

CHRZANÓW, 22 PAŹDZIERNIKA 2024R.

Pełna nazwa i adres ośrodka:

Imię i nazwisko opiekuna odpowiedzialnego za grupę oraz miejsce zamieszkania (miasto/wieś):

Numer telefonu stacjonarnego:

Nr telefonu komórkowego opiekuna: (do ewent. kontaktu przed zawodami)

Wypełniać drukowanymi literami! (Max. 5 uczestników z 1 ośrodka)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię i nazwisko | Stopień niepełnosprawności | Wiek | Miejsce zamieszkania | Sztafeta**3 x 25 m**(wpisać przybliżony czas z treningu) | ze sprzętem | dowolny |
| do 18 r.ż. | pow. 18 r.ż | Miasto | Wieś | **12,5 m**(wpisać przybliżony czas z treningu) | **25 m**(wpisać przybliżony czas z treningu) | **25 m**(wpisać przybliżony czas z treningu) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że opiekunowie grup zapoznali się oraz akceptują Regulamin Zawodów.

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

 (pieczęć placówki zgłaszającej) (pieczęć i podpis kierownika)