

**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)	
1										
2										
3										
4										
5										

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

.....
(pieczęć placówki zgłaszającej)

.....
(pieczęć i podpis kierownika)