**«ФЕДЕРАЦИЯ ФУТБОЛА ПРИДНЕСТРОВЬЯ»**

**Республиканская общественная организация**

**Утверждаю:**

**Ответственный за проведение розыгрыша Кубка ПМР 2019 г.**

**Мосяк Н.И.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ЗАЯВКА КОМАНДЫ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на участие в розыгрыше Кубка ПМР по футболу 2019 года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  пп | **Фамилия, имя, отчество** | **дата рождения** | **гражданство** | | **позиция на поле** | | | **№ кар**  **точки** | | **Подпись и печать врача** | |
| 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 |  |  | |  |  | |  | | | |  |
| Тренера | | | | | | | | | | | |
| № | Фамилия, имя | | | | | Дата рождения | | | лицензия | | |
| 1 |  | | | | |  | | |  | | |
| 2 |  | | | | |  | | |  | | |
| 3 |  | | | | |  | | |  | | |

Контакты

Клуб, команда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ контактный тел. (факс) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, печать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись и печать врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_