**Заявка на участие**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения  (число, месяц, год), контактный телефон | Класс | Полное название образовательного учреждения | № св-ва  о рожд. или паспорта | № мед. страх полиса | Виза врача,  печать  лечебного учреждения |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель организации

М.П.

\* Отправить заявку на участие по электронной почте: liliyailg@mail.ru