Приложение № 3

к Положению о проведении

муниципального этапа Всероссийской военно-

патриотической игры «Зарница 2.0»

**ЗАЯВКА**

**На участие в муниципальном этапе Всероссийской военно-патриотической игры «Зарница 2.0.»**

Наименование субъекта Российской Федерации,

наименование населенного пункта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полное наименование образовательной организации

в соответствии с уставными документами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес (с индексом), телефон, адрес электронной почты (при

наличии), адрес официального сайта (при наличии) образовательной

организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название отряда: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состав отряда:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество (полностью) | Пол | Дата рождения (число, месяц, год) | Серия и номер свидетельства о рождении или  паспорта | Домашний адрес | Контактный  номер телефона (личный и родителя/  законного представителя | ID –  номер регистрации | Образовательная организация, класс (группа) | Допуск  врача к соревнованиям (на основании справки) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Всего допущено к соревнованиям \_\_\_\_ Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ года

человек.  *(подпись) (Ф.И.О., личная печать*

*врача)*

Командир отряда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя полностью)*

Наставник отряда:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (полностью) | Дата рождения  (число, месяц, год) | Паспортные данные | Место работы, должность | Контактные номер телефона и адрес электронной почты |
|  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Дата: « \_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_года

*(должность руководителя направляющей организации) (подпись) (расшифровка подписи)*

М.П.