

ЗАЯВКА
на прохождение тестирования в рамках Всероссийского физкультурно-спортивного
комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)

от _____

наименование организации (учреждения)

« ____ » _____ 2024 г.

№ п/п	Ф.И.О (участника)	Дата рождения (д.м.г.)	Полных лет	УИН в АИС ГТО	Разряд (дата присвоения)	Виза врача
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Допущено _____ человек.

Врач _____
(подпись) (ФИО, М.П.)

Тренер _____
(подпись) (ФИО полностью, контактный телефон)

Директор _____
(подпись) (ФИО, М.П.)

Исполнитель: _____
(ФИО полностью)

Контактный телефон, E-mail: _____