 ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ЧЕМПІОНАТІ УКРАЇНИ З БАСКЕТБОЛУ Додаток № 1 серед чоловічих / жіночих команд сезону 2022/2023 рр.

**від команди \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ліга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | | | **Прізвище,**  **ім’я та по батькові** | **Дата народж** | агент гравця **ім'я та прізвище № ліцензії ФІБА**  **громадянство** | Зріст | Вага | Амплуа | **Спорт**  **Звання/**  **Країна** | **Медичний допуск** | **Підпис лікаря** |
| **1** | | | **В АЛФАВІТНОМУ ПОРЯДКУ** | **01.01.91** |  |  |  |  |  | **Дата обов’язково** | **Підпис** |
| **2** | | |  |  |  |  |  |  |  | **Дата** | **лікаря** |
| **3** | | |  |  |  |  |  |  |  | **Дата** | **Підпис** |
| **4** | | |  |  |  |  |  |  |  | **Дата** | **лікаря** |
| **5…** | | |  |  |  |  |  |  |  | **Дата** | **Підпис** |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  | **Дата** | **лікаря** |
| **…29** | | |  |  |  |  |  |  |  | **Дата** | **лікаря** |
| **30** | | |  |  |  |  |  |  |  | **Дата** | **Підпис** |
| **ТРЕНЕРСЬКО–АДМІНІСТРАТИВНИЙ СКЛАД** | | | | | | | | | | | | |
| **1** | |  | | | 03.10. 1948 | Головний тренер | | | | **ЗТ України** | |
| **2…** | |  | | |  | Тренер | | | | **МС** | |
|  | |  | | |  | Адміністратор | | | |  | |
| **…8** | |  | | |  | Лікар (масажист та ін.) | | | |  | |
|  | **ТРЕНЕРСЬКО–АДМІНІСТРАТИВНИЙ СКЛАД – ВСІ, КОМУ ПОТРІБНІ ПОСВІДЧЕННЯ УЧАСНИКА ЧЕМПІОНАТУ**  **ДЛЯ ПЕРЕБУВАННЯ НА ЛАВІ КОМАНДИ ПІД ЧАС ГРИ** | | | | | | | | | | | |

**Засвідчують керівники:**

# Міського або обласного управління фізичної культури та спорту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прізвище, ініціали, підпис, печатка

# Місцевої федерації баскетболу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прізвище, ініціали, підпис, печатка

# Клубу (президент, директор клубу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прізвище, ініціали, підпис, печатка

**Лікар (доп. \_\_\_\_ осіб \_\_\_\_ дата обов’язково) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прізвище, ініціали, підпис, печатка**