 ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ЧЕМПІОНАТІ УКРАЇНИ З БАСКЕТБОЛУ Додаток № 1 серед чоловічих / жіночих команд сезону 2025/2026 рр.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | | **Прізвище,**  **ім’я та по батькові** | **Дата народж** | агент гравця **ім'я та прізвище № ліцензії ФІБА**  **громадянство** | **Ігровий номер гравця** | Зріст/Вага | Амплуа | | **Спорт**  **Звання/**  **Країна** | **Медичний допуск** | **Підпис лікаря** |
| **1** | | **В АЛФАВІТНОМУ ПОРЯДКУ** | **01.01.91** |  | 55 | **203**  **91** | **форвард** | | **МСУ** | **Дата обов’язково** | **Підпис** |
| **2** | |  |  |  |  |  |  | |  | **Дата** | **лікаря** |
| **3…** | |  |  |  |  |  |  | |  | **Дата** | **Підпис** |
|  | |  |  |  |  |  |  | |  | **Дата** | **лікаря** |
| **…23** | |  |  |  |  |  |  | |  | **Дата** | **лікаря** |
| **24** | |  |  |  |  |  |  | |  | **Дата** | **Підпис** |
| **ТРЕНЕРСЬКО–АДМІНІСТРАТИВНИЙ СКЛАД**  **(всі, кому потрібні посвідчення учасника чемпіонату для перебування на лаві команди під час гри)** | | | | | | | | | | | | |
| **1** |  | | | 03.10. 1948 | Головний тренер | | | **ЗТ України**  **Ліцензія ФБУ А, В, PRO,**  **термін її дії** | | | |
| **2…** |  | | |  | Тренер | | | **МС Ліцензія ФБУ А, В, PRO.,**  **термін її дії** | | | |
|  |  | | |  | Менеджер | | |  | | | |
| **…8** |  | | |  | Лікар (масажист та ін.) | | |  | | | |

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