ZGŁOSZENIE OSTATECZNE

PEŁNA NAZWA SZKOŁY: .....

UCZESTNICY			
Lp.	**Imię i nazwisko**	**Numer PESEL**	**Data urodzenia**
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Zatwierdzam i zgłaszam reprezentację Szkoły w podanym składzie do zawodów „Futsal Gram" i potwierdzam, że wszyscy zgłoszeni zawodnicy są jej Uczniami.

Potwierdzam, że wszyscy zgłoszeni zawodnicy są objęci ubezpieczeniem NNW w czasie trwania turnieju „Futsal Gram", tj. w dniach 27-28.11.2025 r.

NAUCZYCIEL ODPOWIEDZIALNY ZA REPREZENTACJĘ SZKOŁY		
Imię i nazwisko	**Telefon kontaktowy**	**E-mail**

.....

(Podpis i pieczęć Dyrektora Szkoły)

UWAGA! Oryginalny druk wraz z kompletem dokumentów należy przedstawić podczas weryfikacji.

Administratorem danych osobowych jest Akademicki Związek Sportowy Uniwersytetu Zielonogórskiego, e-mail: zielonagora@azs.pl.