*Приложение № 4*

**СПРАВКА О ДОПУСКЕ К СОРЕВНОВАНИЯМ**

**для участия в соревнованиях по танцам на колясках, спорт лиц с поражением ОДА**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации, город, субъект РФ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  П/П | Фамилия, имя, отчество  (полностью) | Дата рождения  (число, месяц, год) | Спортивное звание | Соревно-  вательный класс (при наличии) | Группа инвалидности | №  Справки ВТЭК/МСЭ | Пенсионное удостове-  рение | Адрес постоянного места жительства и контактный телефон | Подпись, печать врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Тренер команды/пары\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О)

Всего допущено человек: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /М.П.

(подпись) (Ф.И.О)

Руководитель органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /М. П.

исполнительной власти (подпись) (Ф.И.О)

субъекта Российской Федерации в области физической культуры и спорта и/или регионального отделения спортивной федерации

(спортивного клуба или общественной организации инвалидов)

*Спортсмен не допускается к участию в соревнованиях без подписи и печати врача на Справке о допуске к соревнованиям.  
Спортсмен с инвалидностью предоставляет дополнительно копию справки ВТЭК / МСЭ и Справку о диагнозе ПОДА по установленной форме (Приложение 5)*