Штамп поликлиники

КАРТОЧКА

участника муниципального этапа Всероссийской олимпиады

школьников по предмету «Физическая культура» 2019-2020 уч. г.

|  |  |
| --- | --- |
| *Место*  *для*  *фото* | **ЛОГИН УЧАСТНИКА V\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Школа №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Класс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(М.П. ОУ)

|  |
| --- |
|  |
| личная подпись участника |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| подпись директора школы |  | ФИО директора |
|  |  |  |
|  |  |  |
| виза врача дата |  | ФИО врача, печать врача |
|  |  | треугольная печать лечебного учреждения |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Заполняется судьей (членом жюри) при регистрации*

Регистрация 23.11.2019 подпись\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрация 24.11.2019 подпись\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_