



# Заявка на участие в турнире по баскетболу среди мужских команд

# «Вершина Пирамиды 5х5»

* Название команды:
* Город:
* Контактное лицо (ФИО) и его контактные данные (email, мобильный):)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Игрок 1** | **Игрок 2** | **Игрок 3** | **Игрок 4** | **Игрок 5** | **Игрок 6** | **Игрок 7** | **Игрок 8** | **Тренер (НЕ может быть играющий)** | **Отметка о допуске врача (печать подпись)** |
| **ФИО** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Год рождения** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Вес** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Рост** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Опыт в бас- кетболе (кол- во лет)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Достижения** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Личный email** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Заполненную заявку необходимо направить на адрес mail@kaub.ru в срок до 16 апреля 2019 г. включительно.**

**Внимание: подавая данную заявку, участники команды принимают и осознают травмоопасность соревнований, а также подтверждают, что не имеют медицинских ограничений для участия. Организаторы соревнований не несут ответственности в случае получения игроками травм в ходе соревнований и иных происшествий медицинского характера.**