priedas prie Marijampolės apskrities žiemos futbolo pirmenybių nuostatų

 ……………………………..komandos **PARAIŠKA**

dalyvauti Marijampolės apskrities žiemos futbolo pirmenybėse

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Eil.Nr. | VARDAS, PAVARDĖ(rašyti spausdintomis raidėmis) | Žaidėjo sutikimas žaisti komandoje (parašas) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
| 14. |  |  |
| 15. |  |  |
| 16. |  |  |
| 17. |  |  |
| 18. |  |  |

Aš, komandos vadovas pasirašydamas šią paraišką, patvirtinu, kad visi be išimties paraiškoje išvardinti žaidėjai yra pasitikrinę sveikatą, man pristatę gydytojo leidimus dalyvauti varžybose. Aš pats pilnai atsakau už galimus mano komandos žaidėjų sveikatos sutrikimus varžybų metu. Sutinku, kad 2019 metų Marijampolės apskrities žiemos futbolo pirmenybių varžybų metu reikalinga pirmoji medicininė pagalba būtų kviečiama telefonu iš Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centro greitosios medicinos pagalbos tarnybos. Dėl komandų žaidėjų varžybų metu patirtų traumų neturėsime pirmenybių organizatoriams ir vykdytojams jokių priekaištų ir pretenzijų:

*komandos vadovas–treneris (vardas, pavardė, parašas, kontaktinio telefono numeris, data)*

**Būtinai - elektroninio pašto adresas** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_