|  |  |
| --- | --- |
| **ДОЗаявочный лист****Хоккейный клуб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, команда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**участвующий в открытом Чемпионате Республики Беларусь по хоккею с шайбой сезона 2019-2020 годов Дивизион \_\_\_, лига \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Заявлено \_\_\_\_\_\_ хоккеистов****«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.****Отдел по проведению соревнований ФХРБ****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Дозаявляет следующих хоккеистов:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Фамилия | Имя, Отчество  | Амплуа  | Игр.номер | Гражданство | Месторождения | Число,месяц и годрождения  | Хват | Рост | Вес | Датаначалаконтракта | Датаокончанияконтракта | Предыдущийхоккейныйклуб  | Принадлеж ность спортивных прав | Виза врачас печатьюмедицинскогоучреждения |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Отзаявляет следующих хоккеистов:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Фамилия | Имя, Отчество  | Амплуа  | Игр.номер | Гражданство | Месторождения | Число,месяц и годрождения  | Хват | Рост | Вес | Датаначалаконтракта | Датаокончанияконтракта | Предыдущийхоккейныйклуб  | Принадлеж ность спортивных прав | Виза врачас печатьюмедицинскогоучреждения |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**РУКОВОДИТЕЛЬ ХОККЕЙНОГО КЛУБА**: **МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ:**

 Допущено хоккеистов

 / / Глав. врач  **/** **/**

м.п. *подпись* м.п. *подпись*

**Международный отдел ФХРБ**

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