Приложение 2.

Наименование профессиональной образовательной организации

Заявка
на участие в областной дистанционной олимпиаде
«За здоровый образ жизни»
среди обучающихся профессиональных образовательных организаций
Ярославской области

Допуск –разрешение *на участие в олимпиаде «За здоровый образ жизни» среди ПОО Ярославской области 2021год.*

№ № п/п	*Фамилия, имя, отчество*	*Дата рождения (число, месяц,год)*	*Номер студенческого билета*	*Заключение врача (наличие основной медицинской группы)*
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Руководитель учебного заведения_____/_____/
Преподаватель _____/_____/

М.П.

Участники в количестве_____ (_____) человек прошли медосмотр и к физкультурному мероприятию допущены.

Врач/фельдшер:_____ (_____)

М.П.