

.....  
(pieczęć zakładu pracy -uczelni )

.....  
(data, miejscowość)

# LISTA

zgłoszonych zawodników..... w.....do udziału

w I Mistrzostwach Polski w halowej piłce nożnej pracowników Służby Zdrowia

Lp.	Nazwisko i imię zawodnika	Rok urodzenia	Numer na koszulce	Zdobyte bramki	Kary nałożone na zawodnika	Uwagi
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

.....  
(nazwisko i Imię trenera/opiekuna/kierownika\* drużyny, tel. kontaktowy)

.....  
(osoba potwierdzająca tożsamość zawodników)

.....  
\*niepotrzebne skreślić