|  |  |
| --- | --- |
| **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 | Место  рождения | Число,  месяц и год  рождения | Хват | Рост | Вес | Дата  начала  контракта | Дата  окончания  контракта | Предыдущий  хоккейный  клуб | Принадлеж ность спортивных прав | Виза врача  с печатью  медицинского  учреждения |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Отзаявляет следующих хоккеистов:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия | Имя, Отчество | Амплуа | Игр.  номер | Гражданство | Место  рождения | Число,  месяц и год  рождения | Хват | Рост | Вес | Дата  начала  контракта | Дата  окончания  контракта | Предыдущий  хоккейный  клуб | Принадлеж ность спортивных прав | Виза врача  с печатью  медицинского  учреждения |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Допущено хоккеистов

/ / Глав. врач  **/** **/**

м.п. *подпись* м.п. *подпись*

**Международный отдел ФХРБ**

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