**ЗАЯВКА (коллективная)**

**на прохождение тестирования в рамках**

**Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса**

**«Готов к труду и обороне» (ГТО)**

учащимися

(полное наименование учреждения)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Фамилия, имя, отчество** | **Дата рождения (дд.мм.гггг.)** | **ступень** | **УИН (ID-номер)****(ХХ-ХХ-ХХХХХХХ)** | **Виза врача** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

Допущено к тестированию комплекса ГТО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обучающихся.

 *(прописью)*

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(ФИО) (подпись)*

 *(М.П.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Представитель (должность)* |  | *(Ф.И.О. полностью, подпись)* |
| Контактный телефон, email |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Директор общеобразовательной организации (в соответствии с Уставом) |  |
| «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 г. | *(Ф.И.О. полностью, подпись)**М.П.* |