

Предоставляется в Оргкомитет не позднее 01 апреля 2024 года  
 в электронном виде по электронному адресу [sport@ksrk.ru](mailto:sport@ksrk.ru)  
 контактные телефоны: +7(499)943-45-92, +7(499)943-35-52

## ИМЕННАЯ ЗАЯВКА

### на участие во Всероссийском реабилитационном турнире ВОС по волейболу для лиц с нарушением зрения на Кубок Президента ВОС (г. Москва, 27-28 апреля 2024 года)

(Наименование региональной организации ВОС)

№	ФИО (полностью)	РО ВОС	Дата рождения (число, месяц, год)	Группа инвалидности № справки МСЭ (ВТЭК)	Адрес постоянного места жительства	Контактный телефон, e-mail
1.						
2.						
3.						
4.						
5						
6						

Руководитель РО ВОС \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ФИО (подпись) контактный телефон

М.П.

Дата заполнения заявки «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 года