|  |
| --- |
| Приложение № 4 |
| к Положению о проведении краевой акции «Выпускник в ГТО»  |

ЗАЯВКА

**для образовательных организаций**

на участие в краевой акции «Выпускник в ГТО»

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

Наименование образовательного учреждения

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Пол | Дата рождения (д.м.г.) | Ступень | УИН в АИС ГТО | Виза врача |
|  |  |  |  |  |  | допущен*.**подпись врача. дата. печать напротив каждого участника* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Руководитель организации

*Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *МП подпись расшифровка*

Допущено к акции «Выпускник в ГТО» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обучающихся.

 *(прописью)*

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

 *(ФИО) (подпись)*

*Ответственным за регистрацию участников на АИС ГТО и предоставление информации является представитель образовательного учреждения*

Ф.И.О. представителя (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон *(обязательно),* E-mail: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**