|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Spartan\Desktop\PZSN_2014\Logo\logo PZSN.jpg | **SKŁAD DRUŻYNY****OGÓLNOPOLSKIE MISTRZOSTWA NIESŁYSZĄCYCH****W KOSZYKÓWCE MĘŻCZYZN****GLIWICE, dn. 30.09.-02.10.2022** | H:\Regulaminy_13\logo\koszykóka.jpg |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa drużyny(klub i miasto) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Numer zawodnika | Nazwisko | Imię | Numerlicencji PZSN | Uwagi |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nazwisko i imię | Uwagi |
| Trener |  |  |
| Asystent trenera |  |  |
| Kierownik drużyny |  |  |
| Osoba towarzysząca |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Przedstawiciel klubu (nazwisko i imię) | Podpis kierownika sekcji koszykówki PZSN (w przypadku nieobecność to osoba poważniejsza) |

|  |
| --- |
| **Polski Związek Sportu Niesłyszących**Al. Piłsudskiego 22, 20-011 Lublin,e-mail: **info@pzsn.pl**kierownik sekcji koszykówki: **koszykowka@pzsn.pl****,** **maciekj1@wp.pl** i **ssnmig@op.pl** Komisja Gier i Dyscypliny: **info@pzsn.pl** |