|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Spartan\Desktop\PZSN_2014\Logo\logo PZSN.jpg | **TURNIEJ NIESŁYSZĄCYCH****W TENISIE ZIEMNYM****SZCZECINEK, dn. 17-19.05.2024** |  |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA IMIENNEGO** |
| Nazwa i adres Klubu: Kontakt email:  |

|  |
| --- |
| **KOBIET** |
| Lp. | Nazwisko i imię | Rok urodzenia | NumerlicencjiPZSN | Konkurencja | Uwagi |
| Singiel | Debel |  |
|  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **MĘŻCZYZN**  |
| Lp. | Nazwisko i imię | Rok urodzenia | NumerlicencjiPZSN | Konkurencja | Uwagi |
| Singiel | Debel |  |
|  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Oficjele** |
| Trener |  |
| Kierownik |  |
| Inne osoby  |  |

|  |
| --- |
| Za Zarząd |
| Miejscowość i data | Pieczątka Klubu | Prezes Klubu |
| Uwagi:- Prawo startu w Turnieju mają wszyscy wymienieni wyżej zawodnicy (po sprawdzeniu tej listy przez licencję PZSN)- Kluby które nie przesłały do PZSN licencji aktualnych członków – nie mają prawa startu w imprezach organizowanych  przez PZSN (pod karą dyskwalifikacji).Wypełniony formularz prosimy do **07.05.2024** przed imprezą (liczy się data wpływu)nasz adres email: igwarszawasport@gmail.com itenis@pzsn.pl  |