|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | Numer  licencji  PZSN | Konkurencja | | Uwagi |
| Singiel | Debel |  |
|  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MĘŻCZYZN** | | | | | | |
| Lp. | Nazwisko i imię | Rok urodzenia | Numer  licencji  PZSN | 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](mailto:igwarszawasport@gmail.com) i[tenis@pzsn.pl](mailto:tenis@pzsn.pl) | | |