|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Spartan\Desktop\PZSN_2014\Logo\logo PZSN.jpg | **SKŁAD DRUŻYNY****TURNIEJ NIESŁYSZĄCYCH****W PIŁCE SIATKOWEJ KOBIET****GLIWICE, 10-11.05.2024** | H:\Regulaminy_13\logo\siatkówka.png |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 siatkówki PZSN (w przypadku nieobecność to osoba poważniejsza) |

|  |
| --- |
| **Polski Związek Sportu Niesłyszących**Al. Piłsudskiego 22, 20-011 Lublin,E-mail: info@pzsn.plKierownik sekcji siatkówki: siatkowka@pzsn.pli do wiadomości:ssnmig@op.pl Komisja Gier i Dyscypliny: info@pzsn.pl |