Штамп поликлиники

КАРТОЧКА

участника муниципального этапа Всероссийской олимпиады

школьников по предмету «Физическая культура»

|  |  |
| --- | --- |
| *Место* *для* *фото* | **ЛОГИН УЧАСТНИКА V\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Школа№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Класс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(М.П. ОУ)

|  |
| --- |
|  |
| личная подпись участника |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| подпись директора школы |  | ФИО директора |
|  |  |  |
|  |  |  |
| виза врача |  | ФИО врача, печать врача |
|  |  | треугольная печать лечебного учреждения |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Заполняется судьей (членом жюри) при регистрации*

Регистрация 25.11.2017 подпись\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрация 26.11.2017 подпись\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

Протокол жеребьевки школ участниц муниципального этапа

всероссийской олимпиады школьников по физической культуре

 школа - место проведения муниципального этапа олимпиады

Класс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Школа | **Количество участников** | Стартовый номер |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Подпись и ФИО ответственного организатора