

**ZGŁOSZENIE do TURNIEJU ELIMINACYJNEGO GLIWICE, 24 – 25.03.2017 r.
XXI Mistrzostw Polski Pracowników Samorządowych w Halowej Piłce Nożnej „5”**

Poniżej złożony podpis zawodnika stanowi poświadczenie, że składająca go osoba posiada aktualne badania lekarskie uprawniające do gry w piłkę nożną lub wyraża zgodę na udział w turnieju na własną odpowiedzialność.

Lp.	Zawodnik		Miejsce pracy umowa o pracę od dnia	Stanowisko i wydział jednostka	Podpis (czytelny)
	Numer	Imię i nazwisko PESEL			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

Kolor koszulek:

Kierownik drużyny:

(imię i nazwisko, nr telefonu, nr fax-u, podpis)

Potwierdzam prawdziwość danych

.....
Kierownik działu kadr

.....
Prezydent/Burmistrz/Wójt/Starosta