**Nevezési lap**

**MOZGÁSJAVÍTÓ KUPA 2023-2024.**

**Úszás 1. forduló**

**2023 november 17.**

A nevezési lapkitöltésével kijelentem, hogy az intézményünkből az eseményre érkező gyermekek szülei/törvényes képviselői hozzájárulnak ahhoz, hogy gyermekükről/gyámoltjukról fénykép és videófelvétel készüljön, és az az eseménnyel kapcsolatos kommunikációban megjelenjen.

**Nevezési határidő:** 2023. november 10.

Kérjük az adatokat olvashatóan megadni!

* **Egyesület, szervezet, iskola stb. neve:**
* **Kapcsolattartó neve:**
* **Kapcsolattartó telefonszáma:**
* **Kapcsolattartó e-mail címe:**
* **Edzők neve:**
* **Uszodatérben jelen lévő segítők neve:**

**Létszám: versenyzők:**

**edző(k) és segítők:**

**kísérők:**

**Összes létszám:**

**Igényelt öltözőszekrények száma:**

**Az uszodatérben történő közlekedéshez igényelt uszodai székek száma:**

**A VERSENYZŐK ADATAI**

A sorok száma bővíthető.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NÉV** | **Sérülés típusa (M/L)[[1]](#footnote-1)** | **születési idő** | **100 m gyors** | **nevezési idő** | **25 m hát** | **nevezési idő** | **50 m mell** | **nevezési idő** | **25 m gyors** | **nevezési idő** | **50 m gyors** | **nevezési idő** | **25 m mell** | **nevezési idő** | **50 m hát** | **nevezési idő** | **Vízből indul** | **Rajtkőről indul** | **Szélső pályát kér** | **Asszisztált úszást kér** | **A medencébe jutáshoz segítséget kér** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ebédigénylés térítés ellenében lehetséges. Ennek összege: 1400 Ft/fő**

**Igényelt étkezések száma:**

**Kérjük a számla kiállításához az alábbi adatok megadását.**

* **Megrendelő neve:**
* **Megrendelő címe:**
* **Adószám:**
* **E-mail cím, ahová az elektronikus számlát küldhetjük:**

Kelt:

aláírás

1. M – mozgáskorlátozott, L - látássérült [↑](#footnote-ref-1)