****

**I INTEGRACYJNE MISTRZOSTWA POLSKI AZS w Tenisie Stołowym**

**Poznań, 02. - 04.12.2016r.**

NAZWA UCZELNI: .........................................................................................................

KIEROWNIK EKIPY: .........................................................................................................

TEL..................................... E-MAIL................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwisko i imię** | **Grupa startowa** | **Rok urodzenia** | **Opis schorzenia****WÓZEK TAK/NIE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

LICZBA OSÓB TOWARZYSZĄCYCH: …….. LICZBA OSÓB OGÓŁEM: .........

.............................................................. ................................

DATA /MIEJSCOWOŚĆ PODPIS

Klasy startowe:

„A” grający na wózkach – klasy 1,2,3,4,5 \*

„B” stojący – klasy 6,7,8,9,10 \*

„C” narząd słuchu (niedosłyszący i niesłyszący razem)

„D” inne schorzenia np. ( choroby ukł. pokarmowego, reumatyczne, metaboliczne)

\*w grupie A i B prosimy o podanie klasy np. A 3, B 8