

.....
(pieczęć klubu zgłaszającego)

.....
(dyscyplina/kategoria)

ZGŁOSZENIE OSTATECZNE
AKADEMICKIE MISTRZOSTWA ŚLĄSKA
2017/2018

Lp.	Imię i Nazwisko	Data urodzenia	Nr legitymacji AZS	Stan zdrowia pozwala mi na start w rozgrywkach AMS (własnoręczny podpis zawodnika)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				

**ZATWIERDZAM REPREZENTACJĘ UCZELNI W PODANYM SKŁADZIE I POTWIERDZAM,
ŻE WSZYSCY ZAWODNICY SĄ JEJ STUDENTAMI / PRACOWNIKAMI.**

.....
(prezes KU AZS)

.....
(trener / kierownik drużyny)

Koordinator



Organizacja Środowiskowa AZS Katowice
ul. Dworcowa 15, 40-012 Katowice
tel. 32 25 38 946, e-mail: katowice@azs.pl
www.azs.katowice.pl

Partnerzy



Ministerstwo
Sportu i Turystyki



Akademicki
Związek
Sportowy