**2014/2015. TANÉVI**

**GYORSASÁGI GÖRKORCSOLYÁZÓ**

**D I Á K O L I M P I A®**

**Kazincbarcika, 2015. május 1.**

E G Y É N I N E V E Z É S I L A P

Megye:………………………………………………………………………………………………………

Név:…………………………………………………………………………………………………………… Neme:…………………

Születési dátum: ………………………………………………………….Korcsoport:……………………

Társadalombiztosítási azonosító jel:……………………………………………………………………………

Iskola neve:…………………………………………………………………………………………………………

Iskola címe:…………………………………………………………………………………………………………

Kelt:………………………………………………………………………………

igazgató testnevelő tanár

 PH.

Orvosi igazolás: vagy sportorvos: VERSENYEZHET

Kelt:………………………………………………………………………………