

**Заявка участника  
на Региональный чемпионат «Абилимпикс-2024»**

№ п.п.	Компетенция	Возрастная категория (школьник, студент, специалист)	Информация об участниках						Информация о сопровождающих		ФИО Тренера (наставника) / Приказ № от
			ФИО полностью	Дата рождения	Вид нозологии*, группа инвалидности, ОВЗ	Курс обучения/ класс обучения для школьников	Месяц/год окончания образовательной организации	СНИЛС участника	ФИО, должность	Телефон/ электронная почта	
1											
2											

Руководитель организации:  
М. П.

ФИО

Исполнитель: (ФИО полностью)  
Номер телефона, электронная почта