**Halowe Mistrzostwa PPN Chrzanów 2019**

 **Kategoria Młodzik**

Libiąż w dniu 7.12.2019 r

Nazwa drużyny: …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p |  NR zawodnika | Imię i nazwisko | Data ur. | Bramki |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |

**Za ważność kart zdrowia i badań lekarskich zawodników odpowiada opiekun drużyny.**

Opiekun / Trener/ …………………………………………….