Форма регистрации сопровождающего лица

на чемпионате Калининградской области «Абилимпикс-2017»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№№**  **п/п** | **Обязательно**  **для заполнения** | **Содержание** |
| 1. | Фамилия Имя Отчество |  |
| 2. | Дата рождения |  |
| 3. | Место проживания |  |
| 4. | Контактный телефон |  |
| 5. | Место работы |  |
| 6. | Должность |  |
| 7. | Фамилия Имя Отчество участника |  |