附件2

2024年开福区卫健系统第二届“健康杯”

气排球赛活动报名表

单 位：（ 盖 章 ）

领 队： 联系电话：

教 练： 联系电话：

联络员： 联系电话：

|  |  |
| --- | --- |
| 照  片  姓 名：  性 别：  身份证号：  备 注： | 照  片  姓 名：  性 别：  身份证号：  备 注： |
| 照  片  姓 名：  性 别：  身份证号：  备 注： | 照  片  姓 名：  性 别：  身份证号：  备 注： |
| 照  片  姓 名：  性 别：  身份证号：  备 注： | 照  片  姓 名：  性 别：  身份证号：  备 注： |
| ....... | ....... |

注：

1.以上人员均为自愿报名此次项活动；确保没有心脑血管等不适宜运动的情况。

2.**领队、联络员如符合要求并参赛，必须体现在报名表内**。