

ČESKÝ DEAFLYMPIJSKÝ VÝBOR

FORMULÁŘ PROTESTU

NÁZEV AKCE:

TJ/SK, JMÉNO SPORTOVCE: _____

JMÉNO OPRÁVNĚNÉ OSOBY PODÁVAJÍCÍ PROTEST:

(Jméno a příjmení)

(Funkce)

DATUM AKCE: _____ **HODINA:** _____

DŮVOD PROTESTU:

PODPIS: _____ **RAZÍTKO:** _____

ROZHODNUTÍ JURY (ŘEDITEL AKCE, DELEGÁT, HLAVNÍ ROZHODČÍ):

PODPIS: _____

ROZHODNUTÍ O ODVOLÁNÍ (DK STK daného sportu):

PODPIS: _____