

COS Spała  
Miejsce zgrupowania, **adres**

18-28.01.2024  
Termin

### UCZESTNICY ZGRUPOWANIA

Lp.	Nazwisko i imię	Funkcja	Kadra	Uwagi	Wyżywienie od
				np. inny termin	np. obiad
1	<b>Murat Tomasz</b>	<b>Trener</b>	<b>FRKF</b>	środki własne	kolacja
1	Oko Wiktoria	Zawodnik	<b>FRKF</b>		kolacja
2	Włoszczyk Liwia	Zawodnik	<b>FRKF</b>		kolacja