|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ГБУ СШОР №2 Калининского района г. Санкт-Петербурга, Антонову М.В. |
| От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)Проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** |
| Прошу зачислить меня в государственное бюджетное учреждение Спортивная школа олимпийского резерва № 2 Калининского района Санкт-Петербурга в отделение по виду спорта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Сведения о заявителе:**
 |
| **Фамилия:** |  | **Имя:** |  |
| **Отчество:** |  | **Тел.** |  |
| Дата рождения (ДД. ММ. ГГГГ.): | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.  |
| Адрес прописки:  |
| Учебное учреждение: |
| 1. **Сведения о родителях или законных представителях, и социальный статус семьи:**
 |
|  | Мать ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) | Отец ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |
| Фамилия: |  |  |
| Имя: |  |  |
| Отчество: |  |  |
| Тел. |  |  |
| полная |  | неполная |  | малообеспеченная |  | многодетная |  | дети под опекой |  | приёмные родители |  |
| С Уставом, программами по виду спорта, и локальными актами учреждения, находящимися в открытом доступе, в том числе на сайте учреждения, ознакомлены.«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.06.2006г. №152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие на обработку предоставленных мною персональных данных на себя и членов своей семьи, (фамилии, имени, отчества, даты и места рождения, адреса, образования, сведений государственного медицинского страхования) на любые действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение указанных, персональных данных, связанных с уставной деятельностью учреждения.Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| В соответствии со статьёй 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ. «Об основах охраны здоровья граждан РФ», я даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих врачебных манипуляций:- осмотр спортивного врача, проведение функциональных проб;- оказание первой медицинской помощи на тренировках и соревнованиях.Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| К заявлению прилагаю следующие документы:* Копия паспорта;
* Медицинская справка (оригинал), установленной формы, позволяющая заниматься указанным видом спорта;
* Копия полиса обязательного медицинского страхования;
* Фотография 3х4 -2шт.
* Копии документов о спортивном разряде или звании по виду спорта (при наличии)
 |