|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | |