|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |   Директору МБУ ДО МОГК СШОР № 3 И.А. Корсиковой -Слоновой

|  |  |
| --- | --- |
|  | От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО поступающего)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата и место рождения)зарегистрирован: г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом №\_\_\_\_\_\_, кв. \_\_ №дом. телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_фактический адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ**Поступающего достигшего возраста 14 летПрошу принять меня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество поступающего)в МБУ ДО МОГК «Спортивная школа олимпийского резерва № 3» на обучение по дополнительной образовательной программе спортивной подготовки по виду спорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для освоения дополнительной образовательной программы спортивной подготовки по виду спорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Медицинское заключение о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях (тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях), мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)»; копия паспорта поступающего, копия паспорта законного представителя, фотография 3х4 (4 шт.), копия СНИЛС, согласие на обработку персональных данных для АИС «Мой спорт», копия приказа о присвоении спортивного разряда/звания прилагаются.**С Уставом, сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, Дополнительной образовательной программой спортивной подготовки по избранному виду спорта, Правилами внутреннего распорядка для обучающихся и Правилами приема на обучение в МБУ ДО МОГК СШОР № 3 ознакомлен.**Даю согласие на участие в проведении процедуры индивидуального отбора поступающих (тестирование) и в соответствии со статьями 6, 9 Федерального 3акона от 26.07.2006 № 152-Ф3 «О персональных данных» даю согласие свободно, своей волей и в своем интересе, на обработку моих персональных данных, связанных со спортивной деятельностью Бюджетного учреждения любым не запрещенным законом способом. О степени травматизма вида спорта предупрежден(а). Обязуюсь обеспечить прохождение углубленного медицинского осмотра согласно графика Бюджетного учреждения.**На участие в процедуре индивидуального отбора согласен (согласна).* *УИН физкультурно-спортивного комплекса ГТО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(при его отсутствии зарегистрироваться на сайте ГТО.ru)* «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Сведения о родителях (рекомендовано к заполнению)

Ф.И.О. отца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

По состоянию здоровья к занятиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_допускается.

М.П. Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Зачислен в группу № \_\_\_\_\_\_\_на этап\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ к тренеру-преподавателю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Заместитель директора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приказ о зачислении от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_ регистрация №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_