

Директору МБУ ДО «СШ «Спарта»  
Шкуте А.И.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. поступающего)

проживающего по адресу

\_\_\_\_\_  
контактный телефон

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить/перевести в МБУ ДО «СШ «Спарта»

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, для прохождения обучения по дополнительным образовательным программам в области физической культуры и спорта по виду спорта «хоккей» / «лыжные гонки» (нужное подчеркнуть).

Обучающийся (-аяся) образовательного учреждения (класс/ группа), место работы:

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(кем выдан)

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес проживания по (прописке): \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

С Уставом Учреждения, СанПИН, правилами приема, перевода, отчисления, правилами внутреннего распорядка, положением об охране здоровья обучающихся, антидопинговыми правилами, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими образовательную деятельность учреждения, права и обязанности обучающихся, со сведениями о дате предоставления и регистрационным номером лицензии на осуществление образовательной деятельности **ознакомлен(а), а также даю согласие на участие в процедуре индивидуального отбора поступающего.**

Мне известно, что для зачисления в МБУ ДО «СШ «Спарта» необходимо представить медицинский документ установленной формы с допуском к учебно-тренировочным занятиям избранным видом спорта (**справка прилагается**).

Мне так же разъяснено, что в дальнейшем для допуска к учебно-тренировочным занятиям и перевода на следующий год/этап спортивной подготовки обучающиеся МБУ ДО «СШ «Спарта» проходят углубленное обследование (диспансеризацию) во врачебно-физкультурном диспансере и дополнительные медицинские осмотры для допуска к соревнованиям, а также обязательное и (или) дополнительное медицинское страхование.

Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_, даю согласие на участие в соревнованиях (тренировочных сборах), диспансеризацию, дополнительные осмотры, а также на оказание мне срочной медицинской помощи медицинскими работниками, обслуживающими соревнования.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

#### К заявлению прилагаются:

Копия паспорта 2-3 стр.

Медицинское заключение о состоянии здоровья.

Две фотографии 3x4

Согласие на обработку персональных данных