

Директору  
МБУ «СШ Усть-Вымского района»  
Б.С. Пономареву  
с. Айкино ул. Школьная д.10 «а»

от \_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу принять моего ребёнка в МБУ «СШ Усть-Вымского района»

Наименование программы \_\_\_\_\_

Тренер \_\_\_\_\_

Фамилия имя отчество ребенка \_\_\_\_\_

Персональные данные: ( дом. адрес. свидетельство о рождении, паспортные  
данные, дата выдачи ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тел: \_\_\_\_\_

Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ год

Место учёбы \_\_\_\_\_, класс \_\_\_\_\_

Против занятий в МБУ «СШ Усть-Вымского района» (дочери, сына), не  
возражаю. С условиями работы спортивной школы и тренировочного  
процесса, правилами техники безопасности при проведении занятий  
ознакомлен (а), с Уставом учреждения, локальными актами ознакомлен (а).

(подпись) \_\_\_\_\_ /расшифровка подписи  
родителей/ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ год.

**Медицинское заключение (Справка Ф. 086-У)**

Обучающийся \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

По состоянию здоровья к занятиям /допущен, не допущен/.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись врача \_\_\_\_\_

Директору  
МБУ «СШ Усть-Вымского района»  
Б.С. Пономареву  
с. Айкино ул. Школьная д.10 «а»

от \_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу принять моего ребёнка в МБУ «СШ Усть-Вымского района»

Наименование программы \_\_\_\_\_

Тренер \_\_\_\_\_

Фамилия имя отчество ребенка \_\_\_\_\_

Персональные данные: ( дом. адрес. свидетельство о рождении, паспортные данные,  
дата выдачи ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тел: \_\_\_\_\_

Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ год

Место учёбы \_\_\_\_\_, класс \_\_\_\_\_

Против занятий в МБУ «СШ Усть-Вымского района» (дочери, сына), не возражаю. С  
условиями работы спортивной школы и тренировочного процесса, правилами  
техники безопасности при проведении занятий ознакомлен (а), с Уставом  
учреждения, локальными актами ознакомлен (а).

(подпись) \_\_\_\_\_ /расшифровка подписи родителей/  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ год.

**Медицинское заключение (Справка Ф. 086-У)**

Обучающийся \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

По состоянию здоровья к занятиям /допущен, не допущен/.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись врача \_\_\_\_\_

Приложения:

1. Копия свидетельства о рождении обучающегося.
2. Фотография

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(подпись) (ФИО)

Даю согласие на использование персональных данных моего ребенка для информирования меня об его обучении, либо при необходимости связаться со мной по поводу моего ребенка. Срок действия моего согласия считать с момента подписания данного заявления. Отзыв настоящего согласия в случаях, предусмотренных ФЗ РФ от 27.07.2006 г. №152 ФЗ «О персональных данных», осуществляется на основании моего заявления.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Дополнительная информация о родителях (место работы, должность, раб. № телефона) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Приложения:

1. Копия свидетельства о рождении обучающегося.
2. Фотография

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(подпись) (ФИО)

Даю согласие на использование персональных данных моего ребенка для информирования меня об его обучении, либо при необходимости связаться со мной по поводу моего ребенка. Срок действия моего согласия считать с момента подписания данного заявления. Отзыв настоящего согласия в случаях, предусмотренных ФЗ РФ от 27.07.2006 г. №152 ФЗ «О персональных данных», осуществляется на основании моего заявления.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Дополнительная информация о родителях (место работы, должность, раб. № телефона) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---