

Директору ГАУ ДО СО СШОР по
велоспорту «Велогор»
Л.И. Потаповой

от _____

(ФИО законного представителя поступающего)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в ГАУ ДО СО СШОР по велоспорту «Велогор» на дополнительную образовательную программу спортивной подготовки по велосипедному спорту _____
(ФИО (последнее при наличии) поступающего)

Дата рождения поступающего: « ____ » _____ 20__ г.

Место рождения поступающего: _____

Адрес места жительства поступающего: _____

Сведения о родителях (законных представителей) поступающего:

ФИО (последнее - при наличии) _____

Контактный телефон _____

ФИО (последнее - при наличии) _____

Контактный телефон _____

Дата подачи заявления: « ____ » _____ 20__ г.

(ФИО заявителя)

(подпись заявителя)

С Уставом ГАУ ДО СО СШОР по велоспорту «Велогор», с дополнительной образовательной программой спортивной подготовки по велосипедному спорту и другими нормативно-правовыми документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, с правами и обязанностями обучающихся ознакомлен (а).

(ФИО заявителя)

(подпись заявителя)

дата

Даю свое согласие на проведение процедуры индивидуального отбора поступающего.

(ФИО заявителя)

(подпись заявителя)

дата

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ:

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 «156-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку моих и моего ребенка персональных данных, указанных в заявлении, а также их передачу в электронной форме по открытым каналам связи сети Интернет в государственные и муниципальные органы и долгосрочное использование в целях предоставления услуги согласно действующего законодательства. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме и действует до даты подачи мной заявления об отказе.

(ФИО заявителя)

(подпись заявителя)

дата

При подаче заявления в ГАУ ДО СО СШОР по велоспорту «Велогор» просим предоставить следующие документы:

- копия документа, удостоверяющего личность поступающего, или копия свидетельства о рождении;
- копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) несовершеннолетнего поступающего, и (или) документа, подтверждающего родство, установление опеки или попечительства;
- Медицинское заключение о допуске к прохождению спортивной подготовки;
- Фотография поступающего (3х4) 3 шт.

АНКЕТА
для поступающих в ГАУ ДО СО СШОР по велоспорту «Велогор»

Я _____
(ФИО родителя (законного представителя) поступающего)

: _____
РАЗРЕШАЮ / НЕ РАЗРЕШАЮ (нужное прописать)

Моему ребенку _____
(Фамилия, имя)

приезжать на тренировочные занятия на своем велосипеде и несу полную ответственность за жизнь и здоровье ребенка, а также за сохранность велосипеда.

Дата: _____

Подпись: _____

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина) _____ « _____ » _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____
_____,
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

законный представитель _____
(Ф.И.О. учащегося) _____ « _____ » _____ г. рождения, даю
информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н
(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее
- Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным
представителем которого я являюсь в медицинском отделении ГАУ ДО СО СШОР по велоспорту
«Велогор»

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи,
связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том
числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания
медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких
видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения,
за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября
2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание
законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19
Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным
представителем которого я являюсь.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) (подпись) Ф.И.О. медицинского работника

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

ГАУ ДО СО СШОР по велоспорту «Велогор»

от _____

СОГЛАСИЕ НА ФОТО И ВИДЕОСЪЕМКУ

Я, _____,
(ФИО родителя или законного представителя)

являясь родителем (законным представителем), даю согласие на безвозмездную фото и видеосъемку своего ребенка: _____

_____,
(ФИО ребенка)

а также на использование фото и видеоматериалов исключительно в следующих целях:

- размещение на сайте образовательной организации;
- размещение в группе ВК в социальных сетях;
- размещение в рекламных видео и фотоматериалах и печатной продукции образовательной организации;
- размещение фотоматериалов в статьях СМИ.

Я информирован(а), что возможна обработка фото и видеоматериалов для улучшения качества и изменения фона.

Данное согласие действует в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в собственных интересах.

_____/_____/_____
Подпись Расшифровка подписи

дата

СПРАВКА

Печать ЛПУ (выписка из амбулаторной карты)

Фамилия, имя _____

Дата рождения _____

Ребенок осмотрен врачом педиатром.

Группа здоровья _____

Физкультурная группа _____

ФИО врача, подпись _____

Личная печать врача

Печать ЛПУ (с юридическим адресом ЛПУ)

Справка действительна только в том случае, если выполнены все требования:

- заполнены все строки, предназначенные для заполнения;
- нет зачеркнутых и исправленных записей;
- все записи, оттиски печатей и штампов отчетливы и хорошо читаемые.

Срок действия справки 1 год.

ДОПУСК

к занятиям в ГАУ ДО СО СШОР по велоспорту «Велогор»

Ребенок осмотрен врачом по лечебной физкультуре и спортивной медицине.

К занятиям допущен (а), не допущен (а).

ФИО врача, подпись _____ /Орлова И.Л./

Личная печать врача

Печать ГАУ ДО СО СШОР по велоспорту «Велогор»