

Директору МБОУ ДО «СШ № 15 по шахматам»
Кострову А.А.

от _____

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить моего (мою) сына (дочь) в МБОУ ДО «СШ № 15 по шахматам» для прохождения дополнительной образовательной программы спортивной подготовки по виду спорта «шахматы»

Фамилия, имя и отчество (при наличии) ребенка (в именительном падеже)

Дата рождения _____ Номер телефона ребенка _____

Адрес регистрации: населенный пункт _____ индекс _____

улица _____ дом _____ корп. _____ кв. _____

Гражданство ребенка _____

Место учебы ребенка, класс _____

Сведения о законных представителях ребенка:

Отец (Ф.И.О.) _____

Место работы, должность _____

Номер телефона _____

Мать (Ф.И.О.) _____

Место работы, должность _____

Номер телефона _____

С Уставом МБОУ ДО «СШ № 15 по шахматам» г. Нижнего Новгорода и правилами посещения тренировок, правами и обязанностями родителей и спортсменов и др. документами, регламентирующими организацию тренировочного процесса в МБОУ ДО «СШ № 15 по шахматам» г. Нижнего Новгорода ознакомлен(а) и согласен(на). С правилами антидопинговой программы РУСАДА ознакомлен(а) и согласен(на). Согласен(на) на участие в процедуре индивидуального отбора поступающего.

«__» _____ 20__ г.

подпись

ФИО

Согласие

законного представителя несовершеннолетнего на обработку, использование и передачу третьим лицам персональных данных

Я, _____,

ФИО одного из родителей (законных представителей)

Паспорт _____ выдан _____,

адрес регистрации _____,

законный представитель несовершеннолетнего _____

(ФИО ребёнка полностью, свидетельство о рождении)

Настоящим даю своё согласие на обработку, использование и передачу третьим лицам в МБОУ ДО "СШ №15 по шахматам" (г. Н. Новгород, ул. Школьная, д.28), персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Категории персональных данных:

- Фамилия, имя, отчество, дата рождения, гражданство несовершеннолетнего.
- Данные свидетельства о рождении, паспорта ребёнка;
- Адрес места жительства, прописка;
- Номер телефона (сотовый, домашний);
- Образование, учебное заведение;
- Номер пенсионного свидетельства (СНИЛС);
- Номер медицинского полиса;
- Данные медицинских осмотров;
- Адрес электронной почты;
- Фотографии;
- Биометрические персональные данные (физиологические особенности человека);
- Спортивный разряд;
- Фамилия, имя, отчество, данные паспорта, место работы и телефон родителей (законных представителей).

Я даю согласие на обработку, использование и передачу третьим лицам персональных данных моего ребёнка в следующих целях:

- Заявление о приёме в школу;
- Ведение личных дел обучающихся;
- Заполнение журналов учета работы;
- Размещение информации о результатах проведения индивидуального отбора на официальном сайте и информационном стенде СШ;
- Использование в документации по проведению физкультурных и спортивных мероприятий различного уровня;
- Составление портфолио;
- Отчетная документация и мониторинг;
- Прохождение медицинских осмотров;
- Оформление медицинских заявок;
- Для прямого контакта;
- Другие цели в процессе обучения.

Я даю согласие на фото и видеосъёмку несовершеннолетнего ребёнка во время соревнований и тренировочной деятельности для обработки, использования и передаче третьим лицам фото и видео материалов с участием моего ребёнка в сети интернет, средствах массовой информации, печатных изданиях

для освещения соревновательной и тренировочной деятельности без компенсации в отношении этих материалов.

Данное согласие действует в течение всего периода обучения в МБОУ ДО "СШ № 15 по шахматам" или до достижения целей обработки, использования и передачи персональных данных или отзыва данного Согласия. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я проинформирован о том, что МБОУ ДО "СШ № 15 по шахматам" будет обрабатывать персональные данные как автоматизированным, так и не автоматизированным способом.

Мне разъяснены цели и задачи АИС «Мой спорт» - цифровой онлайн-платформы для автоматизации спортивных процессов региона.

Я подтверждаю, что, давая согласие на обработку персональных данных, я действую своей волей и в интересах несовершеннолетнего, представителем которого являюсь.

Дата _____ г.

Подпись _____ (_____)

Согласие на участие в соревнованиях

Я, _____
ФИО одного из родителей (законных представителей)

даю согласие на участие моего ребёнка в плановых соревнованиях и других мероприятиях МБОУ ДО "СШ № 15 по шахматам".

Ответственность за жизнь и здоровье ребенка в период соревнований в турнирном помещении несет ответственный за участие в мероприятии тренер-преподаватель. Ответственность за жизнь и здоровье ребенка вне турнирного помещения, доставку ребенка до места проведения соревнования и обратно беру на себя.

Обязуюсь самостоятельно проинформировать администрацию **обще**образовательного учреждения, в котором обучается мой ребенок, о причинах отсутствия на занятиях в случае совпадения времени занятий с проводимыми календарными мероприятиями МБОУ ДО "СШ № 15 по шахматам".

Дата _____ Подпись _____ Расшифровка подписи _____

Название медицинской организации, штамп

Телефон, электронная почта

**Медицинское заключение
о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях
(учебно-тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях),
мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов)
Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса
«Готов к труду и обороне» (ГТО)»**

Реестровый номер заключения _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____

Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) _____

Дата выдачи, название выдавшего органа _____

Название мероприятия _____

Вид спорта (при наличии) _____

Спортивная дисциплина (при наличии) _____

Этап спортивной подготовки (при наличии) _____

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

ДОПУЩЕН

комиссией (вычеркнуть лишнее)

- к учебно-тренировочным мероприятиям
- к участию в спортивных соревнованиях
- к участию в физкультурных мероприятиях
- к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО

Ограничения, в том числе физических нагрузок, сроки ограничений: (ДА/НЕТ)

Описать: _____

Дата выдачи медицинского заключения _____

Медицинское заключение действительно до (указать дату) _____

Ответственное лицо медицинской организации _____ / _____ /

Подпись

Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации