

Директору МБОУ ДО СШ № 9  
Шулаковой С.Ю.

от \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество родителя

проживающего \_\_\_\_\_

населённый пункт (город, поселок и др.)

Д. \_\_\_\_\_ кор. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

проспект, площадь, улица, переулок и др.

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить в МБОУ ДО СШ № 9 моего ребёнка

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество  
дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

домашний адрес \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Д. \_\_\_\_\_ кор. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_  
населённый пункт проспект, площадь, улица, переулок и др.

место учёбы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ наименование образовательного учреждения  
класс \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » , телефон \_\_\_\_\_

на тренировки \_\_\_\_\_

вид спорта

по программе \_\_\_\_\_

к тренеру \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество

## Сведения о родителях

мать \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество

место работы \_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

отец \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество

место работы \_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

С Уставом МБОУ ДО СШ № 9, правилами посещения тренировок, правами и обязанностями родителей и спортсменов и др. документами, регламентирующими организацию тренировочного процесса ознакомлен(а)

Согласен(а) с процедурой индивидуального отбора поступающего.

### К заявлению прилагаю:

- Согласие на обработку персональных данных;
- Разрешение на участие в соревнованиях и др. мероприятиях;

- Медицинская справка, подтверждающая отсутствие противопоказаний к занятиям избранным видом спорта;
- Ксерокопия свидетельства о рождении/паспорта (с 14 лет) – первая страница и прописка (нужное подчеркнуть);
- Ксерокопия медицинского страхового полиса; СНИЛС
- Фотография 3х4 – 2 штуки.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

дата заполнения

подпись

Официальный сайт МБОУ ДО СШ № 9 - <http://dush9-nn.ru>

Группа в ВК - <https://vk.com/9sportshkola>

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
НА ОБРАБОТКУ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ПЕРЕДАЧУ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ  
ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

(ФИО родителя в именительном падеже)

законный представитель несовершеннолетнего (-ей) \_\_\_\_\_

(ФИО ребенка в родительном падеже)

Настоящим даю свое согласие на обработку, использование и передачу третьим лицам МБОУ ДО СШ № 9 (адрес: г. Н. Новгород, ул. Студеная, д.37) персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Категории персональных данных:

- данные свидетельства о рождении и паспорта ребенка адрес места жительства
- номер телефона (сотовый, домашний)
- образование: учебное заведение
- номер пенсионного свидетельства
- номер медицинского полиса
- данные медицинских осмотров
- фотографии
- спортивный разряд

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

- заявление о приеме в СШ
- ведение личных дел
- заполнение журналов учета работы
- размещение информации о результатах проведения индивидуального отбора на официальном сайте и информационном стенде СШ
- использование в документации по проведению физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий различного уровня
- составление портфолио
- отчетная документация и мониторинг
- программное обеспечение
- заявки для получения полиса страхования от несчастного случая
- прохождение диспансеризации и медицинских осмотров
- оформление заявок
- организация и проведение физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий, тренировочных сборов
- для прямого контакта

Я даю согласие на фото- и видеосъемку моего несовершеннолетнего ребенка во время учебно-тренировочной деятельности для обработки, использования и передачи третьим лицам фото и видеоматериалов с участием моего ребенка в сети интернет, в средствах массовой информации, печатных изданиях для освещения учебно-тренировочной деятельности школы.

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

Данное Согласие действует до достижения целей обработки, использования и передачи персональных данных **МБОУ ДО СШ № 9** или до отзыва данного Согласия. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь.

Дата: ..... г.

Подпись: \_\_\_\_\_

Директору МБОУ ДО СШ № 9  
Шулаковой С.Ю.

от \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество родителя

проживающего \_\_\_\_\_  
населённый пункт

\_\_\_\_\_ Д. \_\_\_\_\_ кор. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_  
улица, др.

### Согласие на участие в соревнованиях

Я \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество родителя

не возражаю против участия моего ребёнка \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество ребёнка

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.,  
дата рождения

занимающегося на отделении \_\_\_\_\_,  
вид спорта

в плановых календарных соревнованиях и других мероприятиях МБОУ ДО  
СШ № 9 в \_\_\_\_\_ учебном году.

Ответственным за жизнь и здоровье ребёнка в турнирном помещении является тренер-преподаватель. Ответственность за жизнь и здоровье ребёнка вне турнирного помещения, доставку ребёнка до места проведения соревнования и обратно беру на себя.

Обязуюсь самостоятельно проинформировать администрацию  
образовательного учреждения (СОШ), \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
наименование образовательного учреждения

в котором обучается мой ребёнок, о причинах отсутствия на занятиях в случае совпадения времени занятий с проводимыми календарными соревнованиями и мероприятиями МБОУ ДО СШ № 9

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_  
дата заполнения подпись

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