

И.о. директору МАУ «Спорт»  
О.А. Хомякову

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. родителей)

Домашний адрес: г. Заринск

ул. \_\_\_\_\_

дом № \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_

дом. телефон \_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу Вас зачислить моего (мою) сына (дочь) Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ дата, \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год рождения, \_\_\_\_\_ № школы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ класс на отделение \_\_\_\_\_ тренер \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Сведения о родителях:

Отец \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

Мать \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

С условиями и местом проведения учебно-тренировочных занятий ознакомлен.

На обработку персональных данных согласен \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

С уставом МАУ «Спорт» ознакомлен.

**Медицинское заключение о состоянии здоровья ребенка**

1. Фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_ отчество \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ год рождения.

2. Домашний адрес \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

3. № школы \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ № п-ки \_\_\_\_\_

4. Состояние здоровья (если состоит на учете по форме №30, указать уточненный диагноз)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Допущен (не допущен) к занятиям \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись участкового врача

М.П.

Выражение согласия в случае несовершеннолетия

Я, \_\_\_\_\_, даю согласие

на оказание срочной медицинской помощи врачами, обслуживающего команду по виду спорта, или местными практикующими врачами, которые считают целесообразными выбор для Ф.И.ребенка \_\_\_\_\_

который (ая) является моим сыном( дочерью). Условлено, что как только будет возможно, со мной свяжутся и сообщат о проблеме, диагнозе, необходимом лечении и его предполагаемом результате.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_