

Образец заявления для совершеннолетнего поступающего
 Краевое государственное бюджетное учреждение дополнительного образования
 «Спортивная школа олимпийского резерва по конькобежному спорту «Клевченя»

Директору
 КГБУ ДО «СШОР по конькобежному спорту «Клевченя»
 Поверенных А.Н.

 (Ф.И.О. родителя (законного представителя)
 проживающего по адресу _____

 контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить/перевести в КГБУ ДО «СШОР по конькобежному спорту «Клевченя»

 (Ф.И.О. полностью)
 « ____ » _____ года рождения, для прохождения обучения по
программе

 обучающийся (аяся) образовательного учреждения _____, класса/
 группы _____

Паспорт поступающего: серия _____ № _____
 выдан _____ 20 _____ г. _____

 (кем выдан)

Номер телефона, e-mail поступающего _____

Адрес проживания (по прописке): _____

Адрес фактического проживания: _____

С Уставом Учреждения, СанПИН, правилами приема, перевода, восстановления и отчисления, правилами внутреннего распорядка обучащихся, положением об охране здоровья обучающихся, антидопинговыми правилами, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими образовательную деятельность учреждения, права и обязанности обучающихся с лицензией от 04.04.2023 № Л035-01260-22/00646315 _____ **ознакомлен(а)**, а также даю согласие на участие в процедуре индивидуального отбора поступающего.

Мне известно, что для зачисления в КГБУ ДО «СШОР по конькобежному спорту «Клевченя» необходимо представить медицинский документ установленной формы с допуском к учебно-тренировочным занятиям.

Мне так же разъяснено, что в дальнейшем для допуска к учебно-тренировочным занятиям и перевода на следующий этап спортивной подготовки обучающиеся КГБУ ДО «СШОР по конькобежному спорту «Клевченя» проходят углубленное обследование (диспансеризацию) в Алтайском краевом врачебно-физкультурном диспансере и дополнительные медицинские осмотры для допуска к соревнованиям, а также обязательное и (или) дополнительное медицинское страхование.

Я, (Ф.И.О.) _____
даю согласие на участие в соревнованиях, диспансеризацию, ознакомление врачом с ее результатами и дополнительные осмотры, а так же на оказание срочной медицинской помощи врачами, обслуживающими соревнования.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(подпись) (расшифровка)

К заявлению прилагаются:

Копия паспорта 2-3 стр.;

Полис ОМС;

СНИЛС;

Медицинское заключение о состоянии здоровья.

Две фотографии 3х4;

Согласие на обработку персональных данных.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

даю краевому государственному бюджетному учреждению дополнительного образования «Спортивной школа олимпийского резерва по конькобежному спорту «Клевченя» юридический адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Бульвар 9 Января, 29а (далее «Учреждение»), согласие на обработку моих персональных данных:

фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; сведения о близких родственниках; место регистрации и место фактического проживания; номера телефонов (домашнего, мобильного); данные свидетельства о рождении, паспортные данные; номер полиса обязательного медицинского страхования; сведения о состоянии здоровья; биометрические данные (фотографические изображения); дополнительные данные, предоставляемые при приеме и в ходе обучения в Учреждении.

Вышеуказанные данные предоставляются в целях использования Учреждением для составления списков обучающихся, формирования единого интегрированного банка данных контингента обучающихся, осуществления учебно-тренировочной и соревновательной деятельности, индивидуального учета результатов освоения программы и спортивных результатов, хранения в архивах сведений об этих результатах, предоставления мер социальной поддержки, организации проверки персональных данных и иных сведений, использования при наполнении информационного ресурса - сайта учреждения; для обработки в единой федеральной межведомственной системе учета контингента обучающихся, том числе L-sport.

Даю согласие на передачу персональных данных:

в архив Учреждения и (при необходимости) в краевой архив для хранения; в страховую компанию, в обслуживающее медицинское учреждение; в единую федеральную межведомственную систему учета контингента обучающихся (в том числе L-sport), в иные организации, осуществляющие подготовку спортивного резерва.

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с предоставляемыми персональными данными с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу по запросу руководителя, по письменному запросу уполномоченных организаций), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа. Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а).

Данное согласие действует весь период прохождения моего обучения в Учреждении и срок хранения в соответствии с архивным законодательством.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(подпись) (расшифровка)

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Паспортные данные:

серия _____ № _____ Выдан _____

Дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ г.

Полис обязательного медицинского страхования: серия _____ № _____

наименование страховой компании _____

Страховое номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

Родители:

Ф.И.О. отца _____ тел. _____

Ф.И.О. матери _____ тел. _____

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(подпись) (расшифровка)