

Директору МБУ СШОР №1 г. Калуги

Корнееву М. В.

от _____

Заявление

Прошу принять моего (сына,
дочь) _____

(ФИО ребенка, дата рождения, школа, класс)

в МБУ СШОР №1 г. Калуги в отделение волейбола

на обучение по программе спортивной подготовки по волейболу

(наименование программы)

Сведения о законных представителях занимающегося:

Мать:

_____ (Ф.И.О. , контактный телефон)

_____ (место работы, должность)

Отец:

_____ (Ф.И.О. , контактный телефон)

_____ (место работы, должность)

Адрес места регистрации:

Адрес фактического места жительства:

_____ (число, месяц, год)

_____ (подпись)

С уставными документами МБУ СШОР №1 г. Калуги ознакомлен (ознакомлена)

_____ (число, месяц, год)

_____ (подпись)

С процедурами индивидуального отбора согласен (согласна)

_____ (число, месяц, год)

_____ (подпись)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка.

_____ (число, месяц, год)

_____ (подпись)

К заявлению прилагаются:

- копия свидетельства о рождении ребенка;

- медицинская справка, подтверждающая отсутствие у поступающего противопоказаний для занятий данным видом спорта;

фотографии поступающего в количестве 2 штук, в формате 3x4.

Директору МБУ СШОР №1 г. Калуги

Корнееву М. В.

от _____

Заявление

Прошу принять моего (сына,
дочь) _____

(ФИО ребенка, дата рождения, школа, класс)

в МБУ СШОР №1 г. Калуги в отделение волейбола

на обучение по программе спортивной подготовки по баскетболу

(наименование программы)

Сведения о законных представителях занимающегося:

Мать:

_____ (Ф.И.О. , контактный телефон)

_____ (место работы, должность)

Отец:

_____ (Ф.И.О. , контактный телефон)

_____ (место работы, должность)

Адрес места регистрации:

Адрес фактического места жительства:

_____ (число, месяц, год)

_____ (подпись)

С уставными документами МБУ СШОР №1 г. Калуги ознакомлен (ознакомлена)

_____ (число, месяц, год)

_____ (подпись)

С процедурами индивидуального отбора согласен (согласна)

_____ (число, месяц, год)

_____ (подпись)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка.

_____ (число, месяц, год)

_____ (подпись)

К заявлению прилагаются:

- копия свидетельства о рождении ребенка;

- медицинская справка, подтверждающая отсутствие у поступающего противопоказаний для занятий данным видом спорта;

фотографии поступающего в количестве 2 штук, в формате 3x4.

Информированное добровольное согласие родителей (законных представителей) на медицинское вмешательство при проведении тренировочных занятий и спортивных мероприятий в МБУ СШОР №1 г. Калуги

Я,

(фамилия, имя, отчество)

родитель (законный представитель) спортсмена

(фамилия, имя, отчество занимающегося, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие МБУ СШОР №1 г. Калуги (далее – Оператор) на предложенное медработниками Оператора моему ребенку медицинское вмешательство:

- первичный опрос, сбор анамнеза;
- осмотр (в том числе пальпация, перкуссия, аускультация);
- антропометрические исследования (рост, вес), тонометрия, термометрия, не инвазивные исследования органов зрения и слуха;
- введение лекарственных препаратов (наружно, внутрь, подкожно, внутримышечно, внутривенно), иммобилизация при неотложных и экстренных состояниях.
- направление при необходимости для проведения лечебно-диагностических мероприятий в ГБУЗ КО «Калужский областной врачебно - физкультурный диспансер», другие профильные лечебные учреждения (по показаниям).

Настоящее согласие дано мной на весь период занятий в МБУ СШОР №1 г. Калуги.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального Закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я поставил (а) в известность медицинского работника Оператора обо всех проблемах со здоровьем моего ребенка:

- аллергические проявления _____

(какие, к чему)

- индивидуальная непереносимость _____ лекарственных средств _____

(перечислить непереносимые лекарственные средства)

Я ознакомился (ась) со всеми пунктами настоящего документа, получил(а) необходимые пояснения, понял(а) суть подписываемого документа и согласен(а) с ним.

Подпись родителя (законного представителя): _____

(Ф.И.О.)

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.