

От \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить в муниципальное бюджетное учреждение «Боровская спортивная школа «Звезда» в спортивно-оздоровительную группу

Ф.И.О. поступающего \_\_\_\_\_

Св-во о рождении: № \_\_\_\_\_ Кем, когда выдан \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Мобильный тел. поступающего \_\_\_\_\_

Школа, класс (детский сад) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства поступающего: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. законных представителей поступающего:

Мать: \_\_\_\_\_

Мобильный тел: \_\_\_\_\_

Отец: \_\_\_\_\_

Мобильный тел. \_\_\_\_\_

С Уставом; программами и другими документами регламентирующими организацию тренировочного процесса и осуществление образовательной деятельности; правами и обязанностями занимающихся и законных представителей; расписанием работы приёмной и апелляционной комиссии; количеством бюджетных и вакантных мест для приёма поступающих; сроками приёма документов необходимых для зачисления; требованиями, предъявляемыми к уровню физических (двигательных) способностей; к психологическим качествам поступающих; условиями и особенностями отбора лиц; правилами подачи и рассмотрения апелляций по результатам отбора; сроками зачисления в учреждение, ознакомлен(а).

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. ФИО \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю:

1. Медицинскую справку, подтверждающую отсутствие у поступающего противопоказаний для освоения программы по виду спорта \_\_\_\_\_.
2. Копию свидетельства о рождении (или паспорта) поступающего.
3. Фотография (2 шт.)
4. Копия паспорта родителей.
5. Копия медицинского страхового полиса.
6. Информационное согласие на медицинское вмешательство (ст.20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»).

#### Согласие на размещение и обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, паспортные данные: \_\_\_\_\_, даю согласие на обработку, хранение и передачу третьим лицам моих персональных данных и данных моего ребёнка, содержащихся в настоящем заявлении и иных представленных мною документах, в информационной системе персональных данных МБУ Боровская «СШ «Звезда» любым не запрещённым законом способом в целях, связанных с деятельностью данной организации, в соответствии со ст.9 от 26.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Срок действия настоящего согласия определён на период подготовки моего ребёнка (сына, дочь, опекаемого ребёнка, приёмного ребёнка) в МБУ Боровская «СШ «Звезда».

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
Дата подпись заявителя Ф.И.О.

Принят в МБУ Боровская «СШ «Звезда» приказ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Директор \_\_\_\_\_ /М.В. Биде/

## Информационное согласие пациента на медицинское вмешательство

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан»

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Родитель (законный представитель, пациент) (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Подписываю данный документ, даю добровольное согласие на предложенное медицинское вмешательство:

- Опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);
- Осмотр (в том числе пальпация, перкуссия, аускультация);
- Антропометрическое исследование (рост, вес);
- Термометрия;
- Тонометрия;
- Введение лекарственных аппаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях;
- Прием таблетированных лекарственных препаратов по показаниям при обращаемости ребенка в медицинский кабинет.

Мне разъяснены особенности проведения указанных медицинских вмешательств.

Я поставил(а) в известность обо всех проблемах с моим (моего ребенка) здоровьем:

- Аллергические проявления: (какие, к чему)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Индивидуальная переносимость лекарственных средств: (перечислить не переносимые лекарственные препараты)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Медицинский работник МБУ «Боровская СШ «Звезда»»

\_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.