

**Образец заявления для совершеннолетнего поступающего**

Директору КГБУ ДО «СШОР по футболу Алексея Смертина»  
Татаринцеву Е.М.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. поступающего)  
проживающего по адресу

\_\_\_\_\_  
контактный телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить/перевести в КГБУ ДО «СШОР по футболу А.Смертина»

\_\_\_\_\_  
(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, поступающего \_\_\_\_\_  
Адрес проживания по (прописке): \_\_\_\_\_  
Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

С Уставом Учреждения, СанПИН, правилами приёма, перевода, отчисления, правилами внутреннего распорядка, положением об охране здоровья учащихся, антидопинговыми правилами, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими образовательную деятельность учреждения, права и обязанности учащихся, с Лицензией на право ведения образовательной деятельности, установленной формы и выданной от 22 декабря 2022г. регистрационный номер №ЛО35-01260-22/00633057 **ознакомлен(а)**, а также даю согласие на участие в процедуре индивидуального отбора поступающего.

Мне известно, что для зачисления в КГБУ ДО «СШОР по футболу А.Смертина» необходимо представить медицинский документ установленной формы с допуском к учебно-тренировочным занятиям (**справка прилагается**).

Мне так же разъяснено, что в дальнейшем для допуска к учебно-тренировочным занятиям и перевода на следующий этап спортивной подготовки учащиеся КГБУ ДО «СШОР по футболу А.Смертина» проходят

углублённое 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:

Медицинское заключение о состоянии здоровья.

Две фотографии 3×4

Согласие на обработку персональных данных

Иные сведения, в том числе о принадлежности несовершеннолетнего поступающего к лицам, которым предоставлено преимущественное право зачисления

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

даю краевому государственному бюджетному учреждению дополнительного образования «Спортивной школы олимпийского резерва по футболу Алексея Смертина» (юридический адрес: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Энтузиастов 12В) 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 учащихся, формирования единого интегрированного банка данных контингента учащихся, осуществления учебно-тренировочной и соревновательной деятельности, индивидуального учёта 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 учёта контингента учащихся, том числе L-sport, РУСАДА

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 учёта контингента учащихся (в том числе L-sport, РУСАДА), 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 своё 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)

