|  |
| --- |
| Директору МБУ ДО СШОР №6 |
| О.А.Тоньшиной |
| (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)заявителя (представителя заявителя) |
| Место регистрации (адрес):  |
| Телефон: |
| Электронная почта:  |
| Документ, удостоверяющий личность:  |
| № |
| выдан  |
| (кем, когда) |

 **ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |
| --- |
| Прошу зачислить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (фамилия, имя, отчество ребенка (последнее при наличии) |
| дата рождения: , место рождения , |
| в МБУ ДО СШОР №6 на обучение по (полное наименование программы в соответствии с уставом учреждения) |
| Срок реализации программы: . Законные представители поступающего:1. ,(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) законного представителя) .(номер телефона)2. ,(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) законного представителя) .(номер телефона) |

 УИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ВФСК «ГТО» СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(обучающегося)

С уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, дополнительными общеобразовательными программами по видам спорта и другими документами, регламентирующими учреждение и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен (а). Выражаю согласие на участие в процедуре индивидуального отбора, тестирования ВФСК «ГТО».

Я, ,

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) заявителя)

даю бессрочное согласие (до его отзыва мною) на использование и обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка по технологиям обработки документов, существующих в органах местного самоуправления, с целью оказания услуги по зачислению в учреждение в следующем объеме: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе.

Отзыв настоящего согласия в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», осуществляется на основании моего заявления, поданного в органы местного самоуправления.

Прошу информировать меня о ходе предоставления услуги

по адресу электронной почты:

по телефону:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение:** 1. Медицинская справка от врача .

1. Копия свидетельства о рождении
2. Копия паспорта родителя
3. Фото (3х4)-2шт.

подпись ФИО (заявителя) Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_