

Директору Гаврилов-Ямской ДЮСШ  
Козлову Игорю Викентьевичу  
от Иванова Ивана Ивановича  
(ФИО родителя/законного представителя несовершеннолетнего)

проживающего по адресу: г. Гаврилов-Ям  
ул. Мелодоретская д. 4  
паспорт: серия 0000 номер 000000  
выдан «16» декабря 2010 года  
Отд. УАМС России по...  
(полн. и кем выдан паспорт)

Домашний телефон 8(903)000-00-00

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего сына/дочь Иванова Ивана Ивановича  
(Фамилия, Имя, Отчество несовершеннолетнего полностью)  
«16» июня 2010 года рождения,  
(дата рождения несовершеннолетнего полностью)  
ученика/цы 1а класса школы № 1 детского сада № 1  
в группу по плаванью тренера Петрова Валентина Юрьевича  
(указать выбранный вид спорта) (ФИО тренера-преподавателя)

Медицинская справка детского участкового врача о допуске ребенка на занятия выбранным видом спорта прилагается. (Для детей иностранных граждан и лиц без гражданства РФ, необходимо предоставить полный пакет медицинской документации на основании санитарно-противоэпидемической комиссии Гаврилов-Ямского района от 12.05.2011).

С Уставом ДЮСШ, правилами приема в школу и другими документами, регламентирующими деятельность учреждения, ознакомлены.

Обязуемся выполнять требования администрации школы и тренера, соблюдать правила поведения в школе.

В целях создания благоприятных условий для успешного обучения и воспитания ребенка в ДЮСШ согласны добровольно оказывать школе содействие процессу обучения и помощь в развитии материально-технической базы школы.

#### Сведения о родителях:

Мать: Иванова Юлия Михайловна  
(Ф.И.О. полностью)

место работы ОАО РМЗ «АРАТ»

должность секретарь

контактные телефоны: рабочий 2-00-00, мобильный 8(903)000-00-00

Отец: Иванов Иван Иванович  
(Ф.И.О. полностью)

место работы ОАО РМЗ «АРАТ»

должность токарь-расточник

контактные телефоны: рабочий 2-00-00, мобильный 8(903)000-00-01

Информация о семье (просьба отметить подходящий для Вашей семьи и Вашего ребенка квадратик; смотрите продолжение текста на обороте):

ребенок с ограниченными возможностями здоровья

ребенок-инвалид

неполная семья

« 25 » мая 2016 г.

Иванов  
(подпись законного представителя ребенка)

Иванов И. И.  
(расшифровка подписи)

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим даю свое согласие Гаврилов-Ямской ДЮСШ на обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных и персональных данных моего ребенка, обучающемуся в Гаврилов-Ямской ДЮСШ, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152 ФЗ «О персональных данных» (под обработкой персональных данных в названном Законе понимаются действия (операции) с персональными данными физических лиц, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение)). Согласие действительно в течение пяти лет после подписания мною данного заявления. При отсутствии отзыва Согласия его действие считается продленным на каждые пять лет.

Указанные мной персональные данные предоставляются мной в целях зачисления и дальнейшего обучения моего ребенка в Гаврилов-Ямской ДЮСШ.

« 25 » мая 2016 г.

Иванов  
(подпись законного представителя ребенка)

Иванов И. И.  
(расшифровка подписи)

Заявление об информированном добровольном согласии на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой помощи в период пребывания на занятиях в Гаврилов-Ямской ДЮСШ

Я, Иванов Иван Иванович, настоящим (Фамилия, Имя, Отчество законного представителя ребенка)

даю Гаврилов-Ямской ДЮСШ свое добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку при оказании первичной Иванову Ивану Ивановичу (Фамилия, Имя, Отчество ребенка)

медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в медицинской организации. Я ознакомлен/а с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен/а о том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован/а по указанному ниже телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, работников Гаврилов-Ямской ДЮСШ. Настоящее согласие действительно на весь период обучения моего ребенка в Гаврилов-Ямской ДЮСШ.

Контактный телефон 8(903) 000-00-00 « 25 » мая 2016 г.

Иванов  
(подпись законного представителя ребенка)

Иванов И. И.  
(расшифровка подписи)