

Директору  
СПб ГБУ ДО СШОР «КШВСМ»  
Быкову И.С.

от \_\_\_\_\_,  
проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять моего сына (дочь) \_\_\_\_\_

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

в Комплексную школу высшего спортивного мастерства на отделение

\_\_\_\_\_ (вид спорта, ф.и.о тренера)

Число, месяц, год рождения сына (дочери) \_\_\_\_\_

Место учебы и адрес \_\_\_\_\_

Домашний адрес (адрес регистрации и фактического проживания) \_\_\_\_\_

Контактный тел. спортсмена \_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителей (законных представителей), место работы, рабочие и контактные телефоны:

Отец \_\_\_\_\_

Мать \_\_\_\_\_

Законный представитель (при подаче заявления законным представителем)

Даю согласие на обработку персональных данных, указанных в заявлении, в соответствии с законодательством РФ. С Уставом СПб ГБУ ДО СШОР «КШВСМ», правилами приема, перевода, отчисления, правилами внутреннего распорядка, положением об охране здоровья обучающихся, антидопинговыми правилами, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими образовательную деятельность учреждения, права и обязанности обучающихся, с выпиской из реестра лицензии № Л035-01271-78/00177515 от 03.10.2018, с сайтом СПб ГБУ ДО СШОР «КШВСМ» [www.cshsm.ru](http://www.cshsm.ru) ознакомлен(а), а также даю согласие на участие в процедуре индивидуального отбора поступающего.

Мне известно, что для зачисления моего ребенка в СПб ГБУ ДО СШОР «КШВСМ» необходимо представить медицинский документ установленной формы о состоянии здоровья ребенка с допуском к учебно-тренировочным занятиям.

Мне так же разъяснено, что в дальнейшем для допуска к учебно-тренировочным занятиям и перевода на следующий год/этап спортивной подготовки обучающиеся СПб ГБУ ДО СШОР «КШВСМ» проходят углубленное обследование (диспансеризацию) и дополнительные медицинские осмотры для допуска к соревнованиям, а также обязательное и (или) дополнительное медицинское страхование.

К заявлению прилагаются:

1. Допуск к плановому тренировочному процессу (на основании приказа Минздрава России от 23.10.2020г. №1144н) для спортсменов **групп начальной подготовки** осуществляется **врачом по спортивной медицине КШВСМ**. Для этого врачу по спортивной медицине КШВСМ необходимо предоставить медицинское заключение с установленной группой здоровья по результатам профилактического медицинского осмотра (выписка из амбулаторной карты из поликлиники по месту жительства или другой уполномоченной медицинской организации).

Для спортсменов других этапов подготовки требуется медицинская справка из городского (районного) врачебно-физкультурного диспансера с заключением о допуске к тренировкам и соревнованиям врача по спортивной медицине этих организаций.

2. **Ксерокопия свидетельства о рождении (паспорта) сына (дочери) – лицевая страница и страница с регистрацией по месту жительства.**

3. **Ксерокопия справки о регистрации по месту жительства (при отсутствии паспорта).**

4. **Справка из другой физкультурно-спортивной организации (федерации по виду спорта), подтверждающая стаж занятий конкретным видом спорта, отсутствие возражений этой физкультурно-спортивной организации по переводу спортсмена в КШВСМ (при переходе из другой организации).**

5. **Ксерокопия зачетной классификационной книжки спортсмена (при наличии) или приказа (удостоверения установленного образца), подтверждающих наличие спортивного разряда или звания.**

6. **Фотографии 3х4см;**

7. **Согласие на обработку персональных данных.**

---

**Подпись заявителя**

---

**дата**