

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 меня _____

_____ (полное фамилия, имя, отчество)

в Комплексную школу высшего спортивного мастерства на отделение

_____ (вид спорта, ф.и.о тренера)

Число, месяц, год рождения _____

Место учебы/ работы и адрес _____

Домашний адрес (адрес регистрации и фактического проживания) _____

Контактный тел. _____

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 ознакомлен(а), а также даю согласие на участие в процедуре индивидуального отбора поступающего.

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

Мне так же разъяснено, что в дальнейшем для допуска к учебно-тренировочным занятиям и перевода на следующий 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.

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. _____ / _____

К заявлению прилагаются:

1. **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)** – 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