|  |  |
| --- | --- |
|  | *Краевое государственное бюджетное учреждение спортивной подготовки*  *«Спортивная школа олимпийского резерва по тхэквондо*  *«Олимпийские надежды»* |
|  |  |

Директору

КГБУ СП «СШОР по тхэквондо

«Олимпийские надежды»

Кленову Дмитрию Владимировичу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. поступающего)

проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить в КГБУ СП «СШОР по тхэквондо «Олимпийские надежды» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

для прохождения спортивной подготовки по программе спортивной подготовки по тхэквондо

Дата, месяц, год рождения «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные поступающего:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона поступающего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона родителей (законных представителей):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С Уставом Учреждения, локальными нормативными актами, регламентирующими деятельность организации, правами и обязанностями лиц, проходящих спортивную подготовку, **ознакомлен (а**), а также даю согласие на участие в процедуре индивидуального отбора**.**

Мне известно, что для зачисления меня в КГБУ СП «СШОР по тхэквондо «Олимпийские надежды» необходимо представить документ об отсутствии медицинских противопоказаний для освоения соответствующей программы спортивной подготовки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Мне так же разъяснено, что в дальнейшем для допуска к тренировкам и перевода на следующий этап (год) спортивной подготовки лица, проходящие спортивную подготовку, два раза в год проходят углубленное обследование (диспансеризацию) врачами врачебно-физкультурного диспансера и дополнительные медицинские осмотры для допуска к соревнованиям, а так же обязательное медицинское страхование.

Я, (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие на диспансеризацию и дополнительные осмотры.

Расписание занятий составлено с учетом моих пожеланий.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/