УТВЕРЖДЕНА

приказом директора

от 14.04.2023 № 26-ОД

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору МБУ ДО «СШОР «Спутник»Е.А. Захаровойот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ФИО заявителя)* |

**Заявление**

Прошу зачислить моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Фамилия, имя, отчество, дата рождения)*

в МБУ ДО «СШОР Спутник» для получения услуги «Проведение занятий по физической культуре и спорту» по виду спорта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Данные родителей / законных представителей:**

Фамилия Имя Отчество (полностью), контактный телефон:

мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Противопоказаний для освоения соответствующей программы спортивной подготовки по избранному виду спорта нет.  Справку от педиатра прилагаю в срок до первой тренировки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

С Уставом учреждения, лицензией на осуществление образовательной деятельности, реализуемыми образовательными и спортивными программами, локальными нормативными актами, регламентирующими организацию и осуществление образовательного и тренировочного процесса, условиями работы школы и тренировочного процесса, правилами техники безопасности при проведении занятий ознакомлен(а), возражений не имею \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

*Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))*

*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, в следующем объеме: фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), данные свидетельства о рождении/паспортные данные, адрес регистрации, контактные телефоны, данные, проведения и организации образовательного и тренировочного процесса, предоставления муниципальных услуг, соглашаюсь на выполнение следующих действий с персональными данными: сбор, хранение, автоматизированная обработка и/или обработка без использования средств автоматизации, а также передача в электронной форме по открытым каналам связи сети Интернет в государственные и муниципальные органы. Даю согласие* *на безвозмездную фото и видеосъемку своего ребенка на* *использование фото и видеоматериалов исключительно в следующих целях:*

*• размещение на сайте образовательной организации;*

*• размещение в группе ВК в социальных сетях;*

*• размещение в рекламных видео и фотоматериалах и печатной продукции образовательной организации;*

*• размещение фотоматериалов в статьях СМИ.*

*Я информирован(а), что возможна обработка фото и видеоматериалов для улучшения качества и изменения фона.*

*Согласие действительно с момента заполнения и на срок обучения ребенка в МБУ ДО «СШОР «Спутник»*

*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.*

Я информирована о том, что - ответственность за жизнь и здоровье моего ребёнка во время занятия несёт тренер

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

 *(подпись)*

Ответственность за жизнь и здоровье моего ребёнка до начала занятия и после его завершения беру на себя

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

 *(подпись)*

О том, что занятия по футболу могут в любое время года проводятся на улице предупрежден (а)

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

 *(подпись)*

Я уведомлен (а), что в случае пропуска занятий по болезни перерасчёт по оплате, при наличии оригинала справки от врача, производится в следующем месяце, при условии предъявления оригинала справки до 20 числа расчётного месяца в методический отдел по адресу г. Нижний Тагил пр. Вагоностроителей 34а, кабинет 21. При пропуске занятий по другим причинам перерасчёт не производится. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

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

 *(дата подачи заявления) (подпись заявителя) (ФИО заявителя)*