

## ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу принять в число воспитанников МКУ ДО СШ пгт Суна моего ребенка:

Фамилия (ребенка) \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_ Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

Реквизиты свидетельства о рождении (обязательно):

Серия и номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдано \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (дополнительно при наличии):

Тип документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Серия и номер \_\_\_\_\_ Дата и место выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту пребывания \_\_\_\_\_

Адрес фактического места жительства; (хотя бы один из адресов) и код ФИАС \_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_ для занятий в объединение \_\_\_\_\_

медицинских противопоказаний для данного вида занятий нет, о чем свидетельствует  
представленная мной медицинская справка \_\_\_\_\_

( дата, номер, кем выдана)

Информация о здоровье ребенка включать в себя следующие данные:

Группа здоровья (для детей до 18 лет) \_\_\_\_\_

Физкультурная группа \_\_\_\_\_

Информация о трудной жизненной ситуации \_\_\_\_\_

### Сведения о родителях:

Отец Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (пока не обязательно) \_\_\_\_\_

Телефон домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

Мать Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (пока не обязательно) \_\_\_\_\_

Телефон домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

Законный представитель, не являющийся родителем: \_\_\_\_\_

Тип законного представителя \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (пока не обязательно) \_\_\_\_\_

Телефон домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

С условиями приема и обучения, Уставом учреждения и нормативными актами ознакомлен(а) и согласен(а). В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона РФ от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», я как законный представитель ребенка, подтверждаю свое согласие на хранение и обработку его и моих персональных данных. В случае невозможности посещения занятий (по болезни, семейным обстоятельствам и т.д.) обязуюсь предупреждать педагога или администрацию МКУ ДО СШ пгт Суна.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата заполнения «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года