

Директору МБУ ДО СШОР «Ермак»

Д.Е. Золотареву

от _____

(фамилия, имя, отчество *(при наличии)* родителя
(законного представителя)

проживающего по адресу: город Сургут

улица _____

дом _____

квартира _____

телефоны _____

e-mail _____

Заявление

Прошу зачислить в муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования спортивную школу олимпийского резерва «Ермак» меня/моего несовершеннолетнего

(Ф.И.О. несовершеннолетнего полностью)

дата рождения «___» _____ г., место рождения _____

для прохождения обучения по:

- дополнительной образовательной программе спортивной подготовки;
- дополнительной общеразвивающей программе;
- организации и обеспечению подготовки спортивного резерва.

по виду спорта _____

Место учебы: школа _____ класс _____ смена _____ (1/2)

Документ, удостоверяющий личность поступающего (свидетельство о рождении/паспорт):

серия _____ № _____ выдан _____

дата _____ 20__ г.

(кем выдан)

зарегистрирован по адресу: город _____ улица _____ дом _____ квартира _____,

телефон поступающего _____

Отец (Ф.И.О. полностью) _____

Место работы, должность, контактный телефон _____

Мать (Ф.И.О. полностью) _____

Место работы, должность, контактный телефон _____

Категория семьи _____

(полная, неполная, опекаемый(ая), многодетные, участники боевых действий и т.д.)

С Уставом Учреждения, СанПиНом, правилами приема, перевода, восстановления, отчисления, правилами внутреннего распорядка, антидопинговыми правилами, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими образовательную деятельность учреждения, правами и обязанностями обучающихся МБУ ДО СШОР «Ермак» **ознакомлен(а)**, а также даю согласие на участие в процедуре индивидуального отбора.

«___» _____ 20__ г. _____ / _____

К заявлению прилагаются **копии**:

1. Документ, удостоверяющий личность и регистрация по месту жительства ребенка
2. Документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) с пропиской и (или) документ, подтверждающий родство, установление опеки или попечительства
3. СНИЛС ребенка
4. СНИЛС родителя (законного представителя)
5. **Оригинал** медицинской справки из муниципальной поликлиники по месту жительства
6. Фото 3x4 – 2 шт.
7. Справка из образовательного учреждения (школы) с указанием класса
8. ИНН, страховой полис от несчастных случаев ребенка (при наличии)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) полностью)

_____, серия _____, № _____
(вид документа, удостоверяющего личность)

Выдан _____
(кем, когда)

код подразделения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____

действующий(ая) в качестве законного представителя _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

_____ (далее – Несовершеннолетний)

(серия и номер свидетельства о рождении Несовершеннолетнего)

страховой номер обязательного пенсионного страхования СНИЛС _____

В соответствии со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» (с изменениями от 21.07.2014 г.) **даю своё согласие** на обработку персональных данных моих и моего ребёнка муниципальному бюджетному учреждению дополнительного образования спортивной школе олимпийского резерва «Ермак», расположенному по адресу: 628408, Российская Федерация, Ханты-мансийский автономный округ - Югра, город Сургут, улица Энергетиков, дом 47, **и подтверждаю**, что давая такое согласие, я действую по своей воле и в интересах Несовершеннолетнего ребёнка, законным представителем, которого я являюсь.

Согласие даётся мною для целей обработки персональных данных без использования средств автоматизации, а также посредством использования единой базы данных по спортсменам, проходящим спортивную подготовку в учреждениях физической культуры и спорта Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (государственная информационная система «Информационно- аналитическая система подготовки спортивного резерва в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» (далее – ИАСПСР) **и распространяется на следующую информацию, полученную лично от меня:**

<p>Персональные данные законного представителя:</p> <ul style="list-style-type: none">- ФИО;- СНИЛС;- степень родства;- данные документа, удостоверяющего личность;- адрес проживания;- телефон;- электронный адрес	<p>Персональные данные ребенка:</p> <ul style="list-style-type: none">- ФИО;- СНИЛС;- дата и место рождения;- пол;- данные документа, удостоверяющего личность;- адрес проживания;- телефон;- электронный адрес;- фотография;- Антропометрические сведения:<ul style="list-style-type: none">- рост;- вес;- размер обуви;- размер одежды;- обхват головы;- ведущая нога;- ведущая рука;- Сведения о спортивном обучении:<ul style="list-style-type: none">- регион;- вид спорта;- организация;- период обучения;
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - дополнительные сведения; - Сведения о разрядах и званиях: - разряд; - номер и дата удостоверения; - звание; - номер и дата удостоверения; - Порог анаэробного обмена (ПАНО); - Максимальное потребление кислорода (МПК); - Сведения о соревновательной и тренировочной деятельности; - Медицинские данные; - Сведения об учебно-тренировочных занятиях и учёт нагрузок; - Система питания; - Прогноз перспектив и рекомендации по нагрузкам; - Рейтинг обучающегося/спортсмена; - Сведения, содержащиеся в журнале посещаемости.
--	---

1. Безвозмездное осуществление фото- и видеосъемки Несовершеннолетнего, в том числе в процессе тренировочных занятий, в целях размещения на спортивных объектах и информационных ресурсах Учреждения, в средствах массовой информации, при проведении информационных кампаний, а также в целях мониторинга и подтверждения факта предоставления услуги по спортивной подготовке.

2. Безвозмездное использование фото- и видеоматериалов с изображением Несовершеннолетнего полностью или фрагментарно в общественных или публичных интересах, а также предоставляю полное и абсолютное право использовать фотографии и видео с изображением Несовершеннолетнего в процессе осуществления спортивной подготовки, выступления на официальных спортивных мероприятиях, размещения на спортивных объектах, информационных ресурсах Учреждения и Управления физической культуры и спорта Администрации города Сургута, в средствах массовой информации, при проведении информационных кампаний.

Учреждение гарантирует, что осуществление фото- и видеосъемки, а также использование фото- и видеоматериалов осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я подтверждаю, что, давая согласие на осуществление фото- и видеосъемки Несовершеннолетнего, а также использование фото- и видеоматериалов с изображением Несовершеннолетнего, я действую по своей воле и в своих интересах.

Даю согласие на предоставление доступа к моим персональным данным, и персональным данным моего ребенка, обрабатываемым в ИАСПСР:

- Департаменту физической культуры и спорта Ханты-Мансийского автономного округа–Югры;
- управлению физической культуры и спорта Администрации города Сургута;
- физкультурно-спортивным и образовательным организациям Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, осуществляющим подготовку спортивного резерва, с целью реализации полномочий, возложенных на них законодательством Российской Федерации и Ханты-Мансийского автономного округа-Югры.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), удаление, уничтожение персональных данных. Настоящее согласие даётся на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по письменному заявлению.

(дата)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. №390н, а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография.
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно.

для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования спортивная школа олимпийского резерва «Ермак»

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления)