

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя , законного представителя полностью)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

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

Контактный телефон \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить моего ребенка \_\_\_\_\_  
ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ (меня / мою дочь, моего сына и пр. - Ф.И.О. участника)

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации ребенка: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания ребенка: \_\_\_\_\_

Учащегося (заполнить если учится): \_\_\_\_\_

В 20\_\_ - 20\_\_ учебном году в клуб/секцию/студию ГБУ ЦДиС «Донской» ведущего спортивно -  
досуговую работу с населением по месту жительства: \_\_\_\_\_  
(название объединения)

Руководитель: \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О, полностью)

Расписание занятий: \_\_\_\_\_

Даю свое согласие на оплату платных услуг за период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_»  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за посещение занятий с заключением договора на оказание платных услуг.

С программой, условиями деятельности ГБУ ЦДиС «Донской» ознакомлен (а) \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_ ) и обязуюсь выполнять. \_\_\_\_\_  
(расшифровка) (подпись)

Подтверждаю правильность указанных мною сведений и даю свое согласие на использование и  
обработку ГБУ ЦДиС «Донской» моих /моего несовершеннолетнего ребенка персональных данных.

Настоящим подтверждаю, что медицинских противопоказаний для посещения занятий в  
данном коллективе \_\_\_\_\_ не имею(-ет).  
(я / ФИО участника)

В случае необходимости, обязуюсь предоставить медицинскую справку об отсутствии  
противопоказаний, до начала занятий.

**ВНИМАНИЮ РОДИТЕЛЕЙ! Оплату платных занятий в период с 20 по 31 число месяца не проводить!**

Подпись родителя (законного представителя): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Фамилия И.О.)

Дата подачи заявления: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Заявление принял: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Фамилия И.О.)