

Директору МКУ ДО ДЮСШ г. Минеральные Воды  
Таранцову Сергею Фёдоровичу

от \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителя или законного представителя

Домашний адрес \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас принять моего сына(дочь) в ДЮСШ  
на отделение \_\_\_\_\_  
(вид спорта)

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Образовательное учреждение: № \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

#### Сведения о родителях:

Ф.И.О. отца \_\_\_\_\_

место работы \_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_

Ф.И.О. матери \_\_\_\_\_

место работы \_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_

Домашний, контактный телефон \_\_\_\_\_

Ознакомлен(а) с учредительными документами учреждения.

Даю согласие на обработку персональных данных родителей и(или) законных представителей и персональных данных ребёнка в порядке, установленном законодательством РФ.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Заключение тренера-преподавателя по результатам испытаний  
*Способен к учебно-тренировочным занятиям на отделении:*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись тренера-преподавателя)

Зачислен на отделение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ год обучения \_\_\_\_\_

Приказ по ДЮСШ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Директор ДЮСШ \_\_\_\_\_

Директору МКУ ДО ДЮСШ г. Минеральные Воды  
Таранцову Сергею Фёдоровичу

от \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителя или законного представителя

Домашний адрес \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас принять моего сына(дочь) в ДЮСШ  
на отделение \_\_\_\_\_  
(вид спорта)

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Образовательное учреждение: № \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

#### Сведения о родителях:

Ф.И.О. отца \_\_\_\_\_

место работы \_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_

Ф.И.О. матери \_\_\_\_\_

место работы \_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_

Домашний, контактный телефон \_\_\_\_\_

Ознакомлен(а) с учредительными документами учреждения.

Даю согласие на обработку персональных данных родителей и(или) законных представителей и персональных данных ребёнка в порядке, установленном законодательством РФ.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Заключение тренера-преподавателя по результатам испытаний  
*Способен к учебно-тренировочным занятиям на отделении:*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись тренера-преподавателя)

Зачислен на отделение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ год обучения \_\_\_\_\_

Приказ по ДЮСШ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Директор ДЮСШ \_\_\_\_\_

Ставропольского края  
«Ставропольский краевой центр лечебной  
физкультуры и спортивной медицины»

**НАПРАВЛЕНИЕ****Кисловодский филиал**

357700 Ставропольский край  
г. Кисловодск, ул. Ярошенко, 8  
телефон-факс 3-11-30

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Специалист	Заключение	Подпись / печать
<b>Хирург-ортопед</b> (с 6 лет)		
<b>Невролог</b> (с 6 лет)		
<b>Оториноларинголог</b> (с 6 лет)		
<b>Офтальмолог</b> (с 6 лет)		
<b>Стоматолог</b> (с 6 лет)		
<b>Анализ крови</b> (с 6 лет)		
<b>Анализ мочи</b> (с 6 лет)		
<b>ЭКГ</b> (с 6 лет)		
<b>Психиатр</b> (с 13 лет)		
<b>Уролог</b> (с 13 лет)		
<b>Дерматовенеролог</b> (с 13 лет)		
<b>Гинеколог</b> (ж) (с 10 лет)		
<b>Флюорография ОГК</b> (с 15 лет)		

**Заключение  
терапевта / педиатра**

подпись и М.П. врача

Ставропольского края  
«Ставропольский краевой центр лечебной  
физкультуры и спортивной медицины»

**НАПРАВЛЕНИЕ****Кисловодский филиал**

357700 Ставропольский край  
г. Кисловодск, ул. Ярошенко, 8  
телефон-факс 3-11-30

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Специалист	Заключение	Подпись / печать
<b>Хирург-ортопед</b> (с 6 лет)		
<b>Невролог</b> (с 6 лет)		
<b>Оториноларинголог</b> (с 6 лет)		
<b>Офтальмолог</b> (с 6 лет)		
<b>Стоматолог</b> (с 6 лет)		
<b>Анализ крови</b> (с 6 лет)		
<b>Анализ мочи</b> (с 6 лет)		
<b>ЭКГ</b> (с 6 лет)		
<b>Психиатр</b> (с 13 лет)		
<b>Уролог</b> (с 13 лет)		
<b>Дерматовенеролог</b> (с 13 лет)		
<b>Гинеколог</b> (ж) (с 10 лет)		
<b>Флюорография ОГК</b> (с 15 лет)		

**Заключение  
терапевта / педиатра**

подпись и М.П. врача