**Директору МБУ**

**«СШОР по бадминтону»**

**Т.В. Корневой**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя и отчество (при наличии), дата рождения поступающего лица)

**Для прохождения программы спортивной подготовки по виду спорта «БАДМИНТОН»**

Фамилия, имя, отчество родителей (законных представителей) поступающего:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места регистрации или фактического места жительства поступающего:

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

Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С Уставом Учреждения и локальными нормативными актами ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

С порядком приема поступающих для прохождения программы спортивной подготовки ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Согласен(на) на проведение процедуры индивидуального отбора поступающего

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

(подпись)

**Дополнительные сведения:**

Место учебы поступающего: школа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_класс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Малообеспеченная, многодетная семья, опекунство и т.д.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Против участия в соревнованиях моего ребенка не возражаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

В оказании медицинской помощи не возражаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

В оказании психологической помощи не возражаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

(дата ознакомления)