

В Муниципальное автономное учреждение «Чернушинская спортивная школа» от

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

Проживающего: г. \_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_, и  
(Фактический домашний адрес)  
зарегистрированного: г. \_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_,  
(если совпадает не указывать)  
телефон домашний \_\_\_\_\_, телефон мобильный \_\_\_\_\_.

## Заявление

Прошу принять меня (мою дочь / моего сына) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения на обучение и оказание услуг по  
программе спортивно-оздоровительного этапа по виду спорта  
\_\_\_\_\_ в группу тренера \_\_\_\_\_

Медицинских и иных противопоказаний не имеет. Справка о состоянии здоровья сына / дочери и копия свидетельства о рождении (или паспорта) прилагается.

Я предупрежден (а) о возможном получении ребенком ушибов или травм в процессе тренировок или соревнований, проинформирован (а) о добровольном страховании ребенка от несчастного случая, а также предупрежден (а) о том, что со мной, как с законным представителем ребенка, может быть заключен договор оказания услуг.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Место учебы ребенка \_\_\_\_\_

Увлечения ребенка \_\_\_\_\_

Особенности развития и здоровья ребенка \_\_\_\_\_

Хронические заболевания \_\_\_\_\_

**Фамилия, имя, отчество родителей (или законных представителей ребенка)**

Отец \_\_\_\_\_

место работы (тел. раб., дом., моб.) \_\_\_\_\_

Мать \_\_\_\_\_

Место работы (тел. раб., дом., моб.) \_\_\_\_\_