Директору МАУ ДО ДЮСШ № 2 ТМР А.С. Яковлеву

от кого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (Ф.И.О. гражданина)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,** **для получения первичной медико-санитарной** **помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.р.

 (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

проживающий по адресу:

 (адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь

 (ненужное зачеркнуть)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. р.

Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель,

проживающему по адресу: ,

 (адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

первичной медико-санитарной помощи в МАУ ДО ДЮСШ № 2 ТМР

Медицинским работником

 (должность, Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.  6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

При оказании первичной медико-санитарной помощи гражданину, чьим законным представителем я являюсь, в случае моего отсутствия может присутствовать:

Тренер-преподаватель

(Ф.И.О., данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон лица, которому предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

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

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

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

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (расшифровка)

Директору МАУ ДО ДЮСШ № 2 ТМР А.С. Яковлеву

от кого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (Ф.И.О. гражданина)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.р.

 (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

проживающий по адресу:

 (адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь

 (ненужное зачеркнуть)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. р.

Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель,

проживающему по адресу: ,

 (адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

первичной медико-санитарной помощи в МАУ ДО ДЮСШ № 2 ТМР

Медицинским работником

 (должность, Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.  6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

При оказании первичной медико-санитарной помощи гражданину, чьим законным представителем я являюсь, в случае моего отсутствия может присутствовать:

Тренер-преподаватель

(Ф.И.О., данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон лица, которому предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

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

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

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

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (расшифровка)

Приложение 4 к Политике

МАУ ДО ДЮСШ № 2 ТМР

 № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017

Директору МАУ ДО ДЮСШ № 2 ТМР

А.С. Яковлеву

от кого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (Ф.И.О. гражданина)

Заявления-согласия на обработку персональных данных

несовершеннолетнего (недееспособного, ограниченно дееспособного) субъекта

законным представителем такого субъекта персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование органа, выдавшего паспорт)

действующий(ая) в качестве законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. несовершеннолетнего ребенка, недееспособного (ограниченно) гражданина)

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

(серия и номер свидетельства о рождении или паспорта ребенка (недееспособного (ограниченно) гражданина), дата выдачи паспорта и выдавший орган)

принимаю решение о предоставлении персональных данных и даю согласие свободно, своей волей и в своем интересе на обработку информации, в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» оператору МАУ ДО ДЮСШ № 2 ТМР на обработку информации, составляющей мои персональные данные и персональные данные моего ребенка:

- фамилия, имя, отчество законных представителей; сведения, содержащиеся в документах об образовании законных представителей; рабочие (домашние, мобильные) телефоны законных представителей, сведения, содержащиеся в документах, устанавливающих семейное (социальное) положение законных представителей, информация об отнесении граждан к учетным категориям; информация об отнесении семьи к категории: полная, неполная, многодетная, малообеспеченная, место проживания (проживания, пребывания, регистрации по месту жительства), место работы законных представителей.

- фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего получателя услуги (в том числе, сведения, содержащиеся в документах о смене фамилии, имени, отчества для целей внесения изменений
и исправлений в документы); сведения, содержащиеся в паспорте / свидетельстве о рождении
(в том числе, о дате рождения, месте рождения, адресе проживания (проживания, пребывания, регистрации по месту жительства), о наличии гражданства Российской Федерации, социальном положении); информация об отнесении граждан к учетным категориям; биографические сведения, содержащиеся в соответствующих документах;

- сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования;

- сведения, содержащихся в документах о состоянии здоровья (в том числе, об отнесении
граждан к учетной категории по состоянию здоровья) (в том числе, в допуске к занятиям физической культурой и спортом, медицинском полисе (серия, номер, дата выдачи), медицинских заключениях, медицинской карте);

- сведения, содержащиеся в документах о постановке на учет в налоговом органе по месту регистрации;

- сведения о доступных средствах связи (номера домашнего (мобильных) телефонов, электронной почты);

- сведения, содержащиеся в документах об образовании (учебное заведение, класс, курс), наличии спортивного звания, спортивного разряда, судейской категории, сведения о прохождении промежуточных (итоговых) аттестаций, о присвоении спортивных разрядов, о результатах прохождения тестов (нормативов) ГТО,

- сведения, содержащиеся в документах, устанавливающих перечень и наименование посещаемых занятий в соответствии с расписанием, информация о посещаемости (в том числе, причинах отсутствия на занятиях);

- сведения, содержащиеся в документах о достижениях (заслугах) деятельности получателя услуги (в том числе при участии в спортивно-массовых, профилактических, досуговых мероприятиях, мероприятиях воспитательной направленности);

- сведения, содержащиеся в документах по организации безопасного пребывания получателя услуги (при проведении инструктажей по технике безопасности);

- фотографии, видеоролики, авторское творчество (рисунки);

 а также на публикацию моих персональных данных (фамилия, имя, отчество), персональных данных моего(ей) сына (дочери, подопечного, (недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина)) в сети Интернет, а именно: фамилия, имя, отчество, результаты участия в соревнованиях, спортивно-массовых, профилактических мероприятиях, учебное заведение, спортивное звание, спортивный разряд, судейская категория, сведения о прохождении промежуточных (итоговых) аттестаций, о результатах прохождения тестов (нормативов) ГТО, фотографии, видеоролики, авторское творчество (рисунки).

 в целях:

- организации участия моего ребенка (недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина) в тренировочных, спортивно-массовых, физкультурно-оздоровительных, досуговых, профилактических и воспитательных мероприятиях, показательных выступлениях, мастер-классах, соревнованиях различного уровня и тренировочных сборах;

- организации для моего ребенка отдыха и оздоровления в каникулярный период;

- ведение мониторинга освоения дополнительных образовательных программ в области физической культуры и спорта;

- ведения статистики с применением различных способов обработки;

- размещения информации на официальных государственных электронных сайтах.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, персональных данных моего ребенка (недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина), которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - обеспечивающим и участвующим в организации и проведении мероприятий, и (или) для осуществления действий по обмену информацией), обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Оператор гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован(а), что персональные данные обрабатываются неавтоматизированным и автоматизированным способами обработки.

Согласие действует в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а также на период хранения документации в соответствии с действующим законодательством.

Я подтверждаю, что, давая согласие на обработку персональных данных, я действую своей волей и в интересах своего ребенка (недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись ребенка, достигшего возраста 14 лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору МАУ ДО

ДЮСШ № 2 ТМР

А.С. Яковлеву

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на участие в спортивно-массовых и тренировочных мероприятиях**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя / законного представителя полностью)

родитель / законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть) (ФИО участника полностью)

(далее – «участник»), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, добровольно соглашаюсь на участие моего ребенка (опекаемого) в соревнованиях районного, областного, регионального и Всероссийского уровней, в спортивно-массовых и тренировочных мероприятиях (далее – «Мероприятия»),

 (указать мероприятия, в которых намерен участвовать участник)

проводимых в соответствии с образовательной программой, календарным и учебным планом в течение всего периода обучения в МАУ ДО ДЮСШ № 2 ТМР, и при этом четко отдаю себе отчет в следующем:

1. Я обязуюсь, что мой ребенок будет выполнять все требования организаторов Мероприятий, связанных с вопросами безопасности.

2. Я принимаю всю ответственность за возможную травму, полученную моим ребенком (опекаемым) по ходу Мероприятий в случае нарушения им правил безопасности.

3. В случае если во время проведения Мероприятий с ребенком произойдет несчастный случай, прошу сообщить об этом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать кому (ФИО) и номер телефона)

4. Я самостоятельно несу ответственность за личное имущество, оставленное без присмотра на месте проведения Мероприятий.

5. В случае необходимости я готов(а) воспользоваться медицинской помощью, предоставленной моему ребенку (опекаемому) организаторами Мероприятий.

6. Я согласен с тем, что выступление моего ребенка (опекаемого) и интервью с ним может быть записано и показано в средствах массовой информации, а так же записано и показано в целях рекламы без ограничений по времени и формату, я отказываюсь от компенсации в отношении этих материалов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(подпись) (ФИО родителя / законного представителя)

« » 2017 г.

\* Согласие оформляется родителем или законным представителем участника, который не достиг 18-летнего возраста

Директору МАУ ДО

ДЮСШ № 2 ТМР

А.С. Яковлеву

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на проведение процедуры индивидуального отбора,**

**промежуточной, итоговой аттестации (контрольно-переводных нормативов) несовершеннолетнего гражданина (участника индивидуального отбора)**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя / законного представителя полностью)

родитель / законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть) (ФИО участника полностью)

(далее – «участник»), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения, добровольно соглашаюсь на участие моего ребенка (опекаемого) в проведении процедуры индивидуального отбора, промежуточной, итоговой аттестации, проводимых в соответствии с требованиями Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации", Федерального закона от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте», Порядка приема на обучение по дополнительным предпрофессиональным программам в области физической культуры и спорта, утвержденным Приказом Министерства спорта Российской Федерации № 731 от 12.09.2013г., образовательной программой, порядка приема в МАУ ДО ДЮСШ № 2 ТМР, в течение всего периода обучения в МАУ ДО ДЮСШ № 2 ТМР.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

 (подпись) (ФИО родителя / законного представителя)

« » 2017 г.

\* Согласие оформляется родителем или законным представителем обучающегося, который не достиг 18-летнего возраста