



Директору СПб ГБУ ДО СШОР «Комета»
А.Х. Ариткулову

от _____

Ф.И.О. поступающего, реквизиты документа, удостоверяющего личность поступающего, в том числе указание, когда и кем выдан документ

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ

Прошу принять меня в Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение дополнительного образования спортивную школу олимпийского резерва «Комета» для прохождения спортивной подготовки по программе дополнительного образования по виду спорта

_____ (вид спорта)

Фамилия, имя и отчество (при наличии) поступающего (в именительном падеже):

Дата рождения и место рождения поступающего _____

Адрес места жительства поступающего: _____

Место учебы (адрес) _____

Сведения о гражданстве поступающего _____

Номер телефона поступающего _____

Электронный адрес _____

Контактные данные родственников:

Ф.И.О. _____

Номер телефона _____

Ф.И.О. _____

Номер телефона _____

С Уставом СПб ГБУ ДО СШОР «Комета», со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, локальными актами, регламентирующими порядок и правила поступления в СПб ГБУ ДО СШОР «Комета», а также согласие на проведение процедуры индивидуального отбора поступающего **ознакомлен(а) и согласен(а)**. С правилами антидопинговой программы РУСАДА **ознакомлен(а) и согласен(а)**.

Ознакомлен(а) с информацией о необходимости указания в заявлении достоверных сведений и представления подлинных документов.

Приложения:

1. Договор об образовании по дополнительным образовательным программам спортивной подготовки.
2. Копия документа, удостоверяющего личность поступающего.
3. Документ, подтверждающий наличие спортивного разряда или спортивного звания.
4. Медицинское заключение о допуске к прохождению спортивной подготовки.
5. Фотографии в формате 3x4, в количестве 3 штук.
6. ИНН.
7. СНИЛС.
8. Расчетный счет.
9. Открепительное письмо из другого учреждения или региона.
10. Полис обязательного медицинского страхования.

« ___ » _____ 20 ____ г.

подпись

ФИО