

Директору УСУ «Гродненская СДЮШОР №3»
Кушнерову С.Л.

Иванов Иван Иванович

(фамилия, собственное имя, отчество
(если таковое имеется) заявителя)

г.Гродно, ул. Ожешко д.32, кв.1

(его законного представителя),
адрес места жительства(места пребывания)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Дата рождения 24.01.2000 г. Спортивный разряд (спортивное звание) _____
(при наличии)

Членство в организации физической культуры и спорта _____
(при наличии)

Прошу зачислить меня в группу НП-1
(этап (год) спортивной подготовки)

для прохождения спортивной подготовки по спортивной гимнастике(прыжкам на батуте, художественной гимнастике)

(избранный вид спорта)

без платы (за плату) за спортивную подготовку (нужное подчеркнуть)

С обязанностями и правами спортсмена –учащегося ознакомлен.

(дата)

(подпись)

Прошу зачислить моего сына (дочь) Иванова Александра
(фамилия, собственное имя, отчество)

в группу НП-1
(этап (год) спортивной подготовки)

для прохождения спортивной подготовки по спортивной гимнастике(прыжкам на батуте, художественной гимнастике)

(избранный вид спорта)

без платы (за плату) за спортивную подготовку (нужное подчеркнуть)

С обязанностями и правами спортсмена –учащегося ознакомлен.

30.08.2018
(дата)

(подпись)

Наименование организации
(штамп учреждения)

Форма 1 здр/у-10

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья**

Дана Иванов Александр
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Дата рождения 24.01.2000 Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства (место пребывания) ул. Ожешко, 32

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) ветряная оспа,
простудные заболевания, пищевая аллергия и т.д. и т. п.

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров,
обследований, сведения о прививках и прочее) дата медицинского осмотра и ЭКГ

Заключение Д-з: Здоров, Гр. здоровья I

Рекомендации Допущен к занятиям спорт. гимнастикой (или прыжки на батуте, или
художественная гимнастика)

Дата выдачи справки 30.08.2018

Срок действия справки 6 мес.

Врач-специалист (секретарь комиссии) _____
(подпись) (инициалы, фамилия)