

Приложение №3  
к приказу №197 от «18» апреля 2024 г.  
УТВЕРЖДАЮ

Директор МБОУ ДО «ЦДТ «Исток»  
Л.Ф. Арсланова



Директору МБОУ ДО «Центр детского творчества «Исток» ГО г.Уфа  
Л.Ф. Арслановой

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в МБОУ ДО «Центр детского творчества «Исток»,  
предоставляющий услугу по организации отдыха и развития детей «Арт-каникулы»  
моего(мою) \_\_\_\_\_  
сына/дочь \_\_\_\_\_ (ф.и.о полностью)

Возраст \_\_\_\_\_ лет, дата рождения \_\_\_\_\_ № школы \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Посещающего объединение \_\_\_\_\_  
(указать какое)

Родители: мать \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. полностью)

работает в \_\_\_\_\_  
(указать организацию) (должность)

Отец \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. полностью)

работает в \_\_\_\_\_  
(указать организацию) (должность)

Социальное положение \_\_\_\_\_  
(полная, неполная, многодетная, малообеспеченная, опекаемая семья)

С Уставом учреждения, Положением об организации платных услуг, Правилами внутреннего распорядка обучающихся, режимом работы и условиями пребывания в центре, организованном образовательной организацией, предоставляющей услугу по организации отдыха и развития детей «Арт-каникулы» ознакомлен(а). Согласен(на) на обработку персональных данных моих и моего ребенка.

Дата

Подпись

**Анкета для родителей детей, поступающих в МБОУ ДО «Центр детского творчества  
«Исток», предоставляющий услугу по организации отдыха и развития детей  
«Арт-каникулы»**  
(заполняется родителями)

1. Есть ли противопоказания для занятия спортом? \_\_\_\_\_

2. Есть ли у ребенка индивидуальная непереносимость продуктов питания, лекарств. Если да, то какие \_\_\_\_\_

3. Часто ли ребенок болеет? Если да, то чем? \_\_\_\_\_

-с какими заболеваниями состоит на диспансерном учете \_\_\_\_\_

-есть ли заболевания, требующие постоянного приема лекарственных препаратов (эпилепсия, наследственные заболевания и прочее)? Название препаратов \_\_\_\_\_

-медикаменты в лагерь брать запрещено, но если есть такая необходимость, то укажите подробно, что это за лекарство, как его принимать и не забудьте сдать при оформлении документов \_\_\_\_\_

-какие хронические болезни есть, возможно ли обострение? \_\_\_\_\_

-были ли травмы (переломы, ушибы, сотрясения и т.п.) за последние полгода \_\_\_\_\_

- Подробней о проблемах, \_\_\_\_\_

4. Я, \_\_\_\_\_, несу ответственность за достоверность представленных сведений о состоянии ребенка.

Подпись \_\_\_\_\_

5. Дополнительные сведения о ребенке, на что следует обратить внимание, как помочь \_\_\_\_\_

6. Экстренная связь. В таблице указывается домашний телефон родителей, а если будут отсутствовать дома, телефон ответственного лица (совершеннолетнее лицо, которому, в случае отсутствия родителей, доверяется решение значимых вопросов по ребенку)

Контактные телефоны (домашний, рабочий, мобильный)	Домашний адрес (подробно)

Ф.И.О. полностью, заполнившего анкету \_\_\_\_\_

степень родства \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_