

КАНДИДАТЫ

для участия в сентябрьской образовательной программе
«Музыкально–исполнительское искусство» по специальности фортепиано
4–17 сентября 2023 г.

Ф.И. кандидата, дата рождения, возраст (на 04.09.2023 г.)	Класс, осваиваемая программа с указанием срока обучения	Направление	Контактный номер	Ф.И.О. преподавателя, звание (при наличии), контактный номер	Учебное заведение	Наличие стипендий

Достижения кандидата за последний год

Очные конкурсы и мероприятия			
Международные конкурсы	Всероссийские, межрегиональные конкурсы	Региональные, областные городские конкурсы и пр.	Прочие мероприятия (только наиболее значимые выступления, выставки, фестивали, участие в творческих сменах, форумы и т.д.)

Я, _____,

Ф.И.О. гражданина – родителя (законного представителя)

_____ *адрес места жительства одного из родителей (законного представителя)*

_____ *сведения о гражданстве родителя (законного представителя)*

_____ *контактный номер телефона родителя (законного представителя) ребёнка*

_____ *адрес электронной почты родителя (законного представителя) ребёнка*

Заявление – согласие

Я, _____,

(ФИО родителя (законного представителя))

паспорт выдан « ____ » _____ ГОД,

_____ *(серия, номер)* _____ *(когда, кем)*

_____ *(в случае опекуинства / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)*

_____ *(адрес регистрации)*

_____ *(адрес регистрации)*

прошу зачислить моего ребёнка, гражданина _____

(указать гражданство ребёнка)

« ____ » _____ года рождения _____

_____ *(фамилия, имя, отчество ребёнка)*

ученицу(ка) _____ класса _____

(наименование образовательного учебного заведения (официальное сокращённое наименование))

на обучение по дополнительной образовательной программе:

« _____ » _____, _____

(наименование программы)

проводимой в период: с « ____ » _____ 2023 г. по « ____ » _____ 2023 г.

Паспорт (свидетельство о рождении) ребёнка выдан « ____ » _____ ГОД,

_____ *(серия, номер)*

_____ *(когда, кем)*

(адрес регистрации ребёнка)

СНИЛС

(адрес регистрации ребёнка)

(данные СНИЛС ребёнка)

Подтверждаю _____ ограничений возможности

(отсутствие или наличие – необходимо указать)

здоровья и необходимости создания специальных условий для освоения дополнительных общеразвивающих программ и нахождения ребёнка в региональном центре выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи Саратовской области «Галактика 64» (Далее – центр «Галактика 64»).

Даю согласие на обработку моих персональных данных, а также моего ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Даю согласие на участие моего ребёнка в образовательных, физкультурно-оздоровительных, туристических и иных мероприятиях, проводимых в центре «Галактика 64» в рамках утверждённой дополнительной образовательной программы, в сквозном образовательном модуле, кружке, в творческом объединении, в иных воспитательных мероприятиях.

Ознакомлен(а) (в том числе через официальный сайт центра «Галактика 64») с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности, Уставом, иными локальными нормативными актами, касающимися организации и осуществления образовательной деятельности центра «Галактика 64» и согласен(сна) с режимом дня, и правилами внутреннего распорядка центра «Галактика 64». Подтверждаю своё согласие на передачу ценных вещей ребёнка на хранение в специально отведённые места (сейфы, камеры хранения), расположенные в центре «Галактика 64». Согласен(а), что в случае отказа от передачи материальных ценностей центр «Галактика 64» не несёт за них никакой ответственности. Ознакомлен(а) с условиями договора оферты об образовании по дополнительной образовательной программе, образец которого размещён на сайте sar_centre@mail.ru. Условия, указанные в договоре, мне понятны и мною принимаются.

Даю согласие на отсутствие у моего ребёнка школьных общеобразовательных предметов на время осуществления образовательной программы в центре «Галактика 64».

Даю информативное добровольное согласие в случае наличия угрозы жизни и здоровью ребёнка на оказание медицинской помощи в неотложной и экстренной формах, в стационарных условиях, трансфузию (переливание) донорской крови и (или) её компонентов, на виды медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, по форме, утверждённой приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н

(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный № 28924), а также иную медицинскую помощь, необходимую для сохранения жизни и здоровья ребёнка, в том числе наркологическую помощь, медицинское освидетельствование ребёнка в целях установления состояния наркологического либо иного токсического опьянения, включая доставку ребёнка в медицинское учреждение и возвращение обратно в центр «Галактика 64» медицинскими работниками центра «Галактика 64».

Согласен(а) в случае заболевания, не требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, на изолирование ребёнка в отделение, либо изолятор центра «Галактика 64» для получения медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Даю согласие в период пребывания ребёнка в центре «Галактика 64», на участие ребёнка в фото и видео съёмке, которая проводится в местах, открытых для свободного посещения, или на публичных мероприятиях центра «Галактика 64» (концертах, представлениях и подобных мероприятиях), а также редактирование и использование центром «Галактика 64» указанных фотографий и видеозаписей в некоммерческих целях (в государственных, общественных или иных публичных интересах), включая печатную продукцию, размещение в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и других средствах массовой информации.

Дополнительная информация: _____

« ____ » _____ 2023 год

_____ / _____
подпись/расшифровка подписи родителя (законного представителя) ребёнка