Председателю правления

МОО «Спортивный клуб «Лион»

|  |
| --- |
|  |
| Ф.И.О. вступающего или его законного представителя |
| Номер документ удостоверяющий личность  (паспорт, вид на жительство или удостоверение беженца) |
| Кем выдан, дата выдачи |
| адрес прописки |
| +375 ( ) |

контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |
| --- |
| дата написания |

Прошу Вас, принять

|  |
| --- |
| Ф.И.О. кандидата полностью |
| года рождения |
| в члены Молодёжного Общественного Объединения «Спортивный |
| клуб «Лион». |
| Обязуюсь соблюдать принятый Устав (не использовать |
| приобретённые спортивные навыки за приделами тренировочного |
| процесса и соревнований, вовремя уплачивать членский взнос и т.п.). Я |
| осознаю в полной мере, что занятия единоборствами травмоопасны. |

|  |
| --- |
| подпись |

***Решение в отношении кандидата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

для фото

Дата принятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата исключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**АНКЕТА ЧЛЕНА**

**МОО «Спортивный клуб «Лион»**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Заполняется кандидатом или законным представителем. Заполнитель несёт ответственность за достоверность информации

Все данные необходимы в соответствии с законодательством о деятельности общественных объединений

Данные не подлежат разглашению

**Фамилия Имя Отчество:**

|  |
| --- |
|  |
| **Дата рождения: / / г.** |
| **Место рождения:** |
| **Номер документа удостоверяющего личность:** |
| **выдан (кем, дата выдачи):** |
|  |
| **Фактическое место жительства и место прописки:** |
|  |
|  |
| **Место учёбы (работы):** |
|  |
| **Уровень образования:** |
| **Группа здоровья (ограничения по физическим нагрузкам, перенесённые заболевания):** |
|  |
|  |
|  |
| **Увлечения, хобби, интересы:** |
|  |
|  |
| **Для не достигших совершеннолетия:** |
| **Фамилия Имя Отчество родителей, дата рождения** |
| **Отца** |
| **Матери** |
| **Место работы** |
| **Отца** |
|  |
| **Матери** |
|  |
| **Контактные телефоны** |
| **Отца +375 ( )** |
| **Матери +375 ( )** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Дата заполнения подпись заполнителя** |