|  |
| --- |
| Дырэктару дзяржаўнай вучэбна-спартыўнай установы «Бераставіцкая спецыялізаваная дзіцяча-юнацкая школа алімпійскага рэзерву»  Шапелю П.М. |
|  |
| **прозвішча, уласнае імя, імя па бацьку заяўніка** |
|  |
| **месца жыхарства (месца знаходжання)** |
|  |
|  |
| **тэлефон: хатні, мабільны** |

**ЗАЯВА**

Прашу залічыць майго сына (дачку)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(прозвішча, імя па бацьку, год нараджэння дзіцяці)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ у групу пачатковай падрыхтоўкі ПЕРШАГА года навучання для праходжання спартыўнай падрыхтоўкі па барацьбе вольнай без платы за спартыўную падрыхтоўку.

З правамі і абавязкамі спартсмена-навучэнца азнаёмлен/а.

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(**подпіс з бацькоў)****прозвішча, ініцыялы аднаго з бацькоў**