|  |
| --- |
| Приложение №1 к Договору №\_\_\_\_ \_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.Директору МАУФК и С «Дворец спорта «Квант» (наименование учреждения) Матвееву И.А.(Ф.И.О. руководителя)Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактные телефоны:Дом.(моб.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья**

**Заявление**

**на получение льготного абонемента**

Прошу предоставить льготный абонемент мне/ сопровождающему лицу (при необходимости сопровождения, подтвержденному установленным образом)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. кому предоставляется льготный абонемент)

для занятий/ сопровождения (название группы, вид занятий)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

на основании **удостоверения инвалида или лица с ограниченными возможностями здоровья.**

Я подтверждаю, что ознакомлен (а) и согласен (согласна) с Уставом учреждения, нормативными актами, особенностями проведения спортивных занятий, правилами техники безопасности при проведении спортивных занятий.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Приложение (отметить наличие галочкой):

* **Копия удостоверения инвалида или лица с ограниченными возможностями здоровья.**
* **Медицинская справка о допуске к выбранным занятиям (копия).**
* **Копия паспорта сопровождающего лица (в случае необходимости сопровождения)**
* **Медицинская справка о допуске к выбранным занятиям сопровождающего лица (в случае необходимости сопровождения) (копия)**

Подпись Заказчика

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (Ф.И.О.)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.