Уважаемые руководители УО, Центр тестирования ГТО в г-к Кисловодске информируем Вас о дате и месте проведения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Предварительные заявки на участие в тестировании принимаются на эл. почту gtokislovodsk@mail.ru **до 05.02.2019 года.**

***Дата и место приёма испытаний (тестов) ГТО***

|  |  |
| --- | --- |
| **Приём тестов по видам испытаний**  **ФГБУ ПОО «ГУОР» пр. Победы, 14**  **(модуль, спортзал городской стадион)**  **09.02.2019г.** | |
| **ВСЕ ЖЕЛАЮЩИЕ** | **VI- XI ступени** |
| 12:00-14:00 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Бег на время, челночный бег, бег на скорость.**  **МБУ ДО ДЮСШ по футболу г.-к. Кисловодска, беговые дорожки**  **(р-н р.Подкумок, ул. Промышленная,3А)**  **15.03.2019г.** | |
| **ВСЕ ЖЕЛАЮЩИЕ** | **VI- XI ступени** |
| 13:00-16:00 | |

**Резервный день для тех кто желает пересдать или досдать нормативы**

|  |  |
| --- | --- |
| **Приём тестов по видам испытаний**  **МБУ ДО ДЮСШ по футболу г.-к. Кисловодска, беговые дорожки**  **(р-н р.Подкумок, ул. Промышленная,3А)**  **23.03.2019г.** | |
| **ВСЕ ЖЕЛАЮЩИЕ** | **VI- XI ступени** |
| 13:00-16:00 | |

Условия приема нормативов

1. Регистрация на сайте ГТО (www.gto.ru) для получения индивидуального одиннадцатизначного номера (ID 17-26-000хххх). Индивидуальный номер обязателен для всех участников и необходим для получения знаков отличия.
2. Необходимо при себе иметь медицинскую справку о допуске к сдаче нормативов комплекса ГТО заверенного одним из врачей-специалистов:

- участкового врача;

- врача-терапевта;

- врача ГБУЗ СК «Ставропольский краевой центр лечебной физкультуры и спортивной медицины», филиал в г. Кисловодске расположенный на ул. Ярошенко, 8.

3. **ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!!!! Подать заявку до начала сдачи ГТО.**

Заявка на участие в сдаче нормативов комплекса ГТО. При коллективной сдаче нормативов, необходимо заполнить коллективную заявку и прислать на эл. почту gtokislovodsk@mail.ru

4. Согласие на обработку персональных данных участника тестирования.

5. Участникам не достигших 14 лет при себе иметь копию свидетельства о рождении, и достигшим 14 лет иметь копию паспорта.

Контактное лицо: Смирнов Сергей Юрьевич - руководитель Центра тестирования г-к Кисловодска

тел.: 8(928)636-39-98

**Заявка на прохождение тестирования в рамках Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)**

ФОТО

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование | Информация |
| 1 | Фамилия, Имя, Отчество |  |
| 2 | Пол |  |
| 3 | ID номер – Идентификационный номер участника тестирования в АИС ГТО |  |
| 4 | Дата рождения |  |
| 5 | Документ, удостоверяющий личность **(паспорт или св-во о рождении)** |  |
| 6 | Адрес места жительства |  |
| 7 | Контактный телефон |  |
| 8 | Адрес электронной почты |  |
| 9 | Основное место учебы |  |
| 10 | Спортивное звание или разряд с указанием вида спорта |  |

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт

(ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (серия номер)

Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(кем) (когда)

зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим даю согласие:

- на обработку в Центре тестирования по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моих персональных данных в рамках организации тестирования по видам испытаний Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях:

- корректного оформления документов, в рамках организации тестирования по видам испытания Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО);

- предоставления информации в государственные органы Российской Федерации в порядке, предусмотренным действующим законодательством.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

ФИО

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

**СПРАВКА-ДОПУСК**

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., в том, что он (она) по состоянию здоровья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и физической подготовки

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ допускается к сдаче нормативов комплекса ГТО.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (личная печать)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (печать медицинской организации)

Заявка

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | (Наименование муниципального образования) | | |  |  |  |  |
| № п/п | ФИО | Ступень | | ИД номер в АИС ГТО (при наличии) | Название общеобразовательной организации (в соответствии с Уставом) | | Виза врача | | | |
|  |  |  | |  |  | | допущен*.*  ***подпись врача. дата. печать напротив каждого участника соревнований*** | | | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |

Допущено к сдаче испытаний (тестов) комплекса ГТО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обучающихся.

*(прописью)*

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

*ДАТА (М.П. медицинского учреждения)*

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель делегации |  |
|  | *(подпись. Ф.И.О. полностью)* |
|  |  |

Руководитель организации

МП *(подпись Ф.И.О.)*

**Ф.И.О. исполнителя (полностью)**

**Контактный телефон.E-mail:**