**Согласие на зачисление**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ данным согласием подтверждаю свое обязательство в течение первого года обучения:

1. Представить в организацию оригинал документов об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(серия) (номер)

удостоверяющего наличие общего образования, необходимого для зачисления.

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

(подпись) (ФИО)

1. Пройти обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) при обучении по специальностям: Физическая культура, Дошкольное образование, Преподавание в начальных классах.

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

(подпись) (ФИО)

1. Подтверждаю, что мною не подано (не будет подано) согласие на зачисление на обучение по программам в другие организации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов.

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

(подпись) (ФИО)

1. В случае выявления у меня медицинских противопоказаний, по результатам медицинского осмотра, даю согласие на перевод на другую специальность, не связанную с наличием медицинских противопоказаний, в организации либо иной организации с сохранением условий обучения (за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов или за счет средств физических и (или) юридических лиц).

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

(подпись) (ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись поступающего)

Подпись родителя или законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)