



АНКЕТА

vk.com/olimp_nvks

8 3843 71 70 15

8 3843 71 70 17

Имя, фамилия ребенка:

Дата рождения: _____

Школа: _____

Полных лет: _____

Класс: _____

Адрес (место проживания)

Желаемое время тренировок:

Как ребенок плавает (нужное подчеркнуть):

НЕ УМЕЕТ / ДЕРЖИТСЯ НА ВОДЕ / ПЛАВАЕТ

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО Родителя :

Место работы родителя:

Контактный телефон:

Согласие на обработку персональных данных:

ДА **НЕТ**

Ознакомлен с правилами и техникой безопасности СК «Олимп»:

ДА **НЕТ**

Прочее:

Дата:

Подпись: