**Директору МОУ ДОД «КРЦДОД»**

**Т. А. Борискиной**

**Заявление родителей (законных представителей) о приёме на обучение в МОУ ДОД «КРЦДОД».**

Регистрационный № Директору МОУ ДОД «КРЦДОД»

Т. А.Борискиной.

Виза директора: \_\_\_\_Т. А. Борискина от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.п.(проживающего по адресу)

**Заявление.**

Прошу принять моего ребёнка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_19\_\_г.р.

Ф.И.О. ребенка (полностью) (Дата рождения)

в объединение по дополнительной общеразвивающей программе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Направленность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные о родителях (законных представителях) полностью:

ФИО (матери)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные

телефоны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО (отца)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись родителя Расшифровка подписи

(законного представителя)

С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с дополнительными общеразвивающими программами и другими документами, регламентирующими МОУ ДОД «КРЦДОД» и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями учащихся, выложенными на сайте МОУ ДОД «КРЦДОД»([www.krcdod.umi.ru)ознакомлен(а)](http://www.krcdod.umi.ru)ознакомлен(а)): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись расшифровка подписи

**Директору МОУ ДОД «КРЦДОД»**

**Т. А. Борискиной**

**Заявление несовершеннолетнего достигшего 14 лет о приёме на обучение в МОУ ДОД «КРЦДОД».**

Регистрационный № Директору МОУ ДОД «КРЦДОД»

Т. А.Борискиной.

Виза директора: \_\_\_\_Т. А. Борискина от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО несовершеннолетнего

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.п.(проживающего по адресу)

**Заявление.**

Прошу принять меня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_19\_\_г.р.

Ф.И.О. ребенка (полностью) (Дата рождения)

в объединение по дополнительной общеразвивающей программе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Направленность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные о родителях (законных представителях) полностью:

ФИО (матери)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные

телефоны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО (отца)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« » 20 г.

Подпись гражданина Расшифровка подписи

от 14 лет и старше

С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с дополнительными общеразвивающими программами и другими документами, регламентирующими МОУ ДОД «КРЦДОД» и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями учащихся, выложенными на сайте МОУ ДОД «КРЦДОД»([www.krcdod.umi.ru)ознакомлен(а)](http://www.krcdod.umi.ru)ознакомлен(а)): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись расшифровка подпис

« » 20 г.

Подпись гражданина Расшифровка подписи

от 14 лет и старше

**Директору МОУ ДОД «КРЦДОД»**

**Т. А. Борискиной**

СОГЛАСИЕ

**на обработку персональных данных**

Я: \_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)

Документ, удостоверяющий личность (паспорт)

серия номер дата выдачи

кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания\регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**являясь законным представителем:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, имя, отчество ребенка)

Документ, удостоверяющий личность (до 14 лет свидетельство о рождении)

Серия\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_ дата выдачи

кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания\регистрации:

**РАЗРЕШАЮ** указанному ниже оператору обработку моих персональных данных иперсональных данных лица, интересы которого я представляю.

**Наименование оператора:**

Муниципальное образовательное учреждение дополнительного образования детей «Корткеросский районный центр дополнительного образования детей» **Юридический адрес оператора:**

168020, РК, Корткеросский район, с. Корткерос, ул. Советская, д. 189.

**Цели обработки персональных данных:** организация процесса учебно-воспитательной деятельности, в том числе:

|  |
| --- |
| * обеспечения наиболее полного исполнения МОУ ДОД «КРЦДОД» своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом "Об образовании" и иных законов и нормативных правовых актов; * содействия образовательной деятельности учащихся; * обеспечения личной безопасности учащихся; * соблюдение порядка и правил приема в МОУ ДОД «КРЦДОД»; * индивидуальный учет результатов освоения учащимися дополнительных общеразвивающих программ, а также хранение архивов данных об этих результатах па бумажных носителях и/или электронных носителях; * учет реализации права учащихся на получение образования в соответствии с дополнительными общеразвивающими программами; * учет учащихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите; * учет учащихся, нуждающихся в особых условиях воспитания и обучения и требующих специального педагогического подхода, обеспечивающего их социальную реабилитацию, образование и профессиональную подготовку; * повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования; * планирование, организация, регулирование и контроль деятельности МОУ ДОД «КРЦДОД» в целях осуществления государственной политики в области образования; * иные задачи, необходимые для повышения качества и эффективности деятельности МОУ ДОД «КРЦДОД». |

**Под обработкой персональных данных понимается:**

|  |
| --- |
| сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование,, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств. |

Для выполнения указанных целей**разрешаю передачу персональных данных:**

|  |
| --- |
| вмедицинские учреждения,  в санитарно-эпидемиологическую службу (при возникновении внештатных ситуаций),  охранные службы в экстренных ситуациях,  в органы внутренних дел (Комиссию по делам несовершеннолетних),  в органы управления образованием, региональный и федеральный орган исполнительной власти в сфере образования ( при проведении конкурсов, и др мероприятий);  органы опеки и попечительства (при организации труда и занятости несовершеннолетних);  органы дознания, следствия, прокуратуры и суда и др. связанные с исполнением федерального законодательства. |

**Перечень обрабатываемых персональных данных:**

|  |
| --- |
| ***Анкетные данные:*** |
| Данные о возрасте и поле; паспортные данные (данные свидетельства о рождении); место регистрации; место проживания; данные о гражданстве; данные ОМС (страховой полис); страховой номер индивидуального страхового счета (СНИЛС); ИНН; контактная информация; данные о прибытии и выбытии в/из ОУ. |
| ***Сведения о родителях (законных представителях):*** |
| Ф.И.О.; кем приходится; паспортные данные; место регистрации; место проживания; контактная информация. |
| ***Сведения о семье:*** |
| Категория семьи для оказания материальной и других видов помощи, сбора отчетности по социальному статусу контингента; сведения о попечительстве; опеке; отношение к группе социально незащищенных обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы; дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным  законодательством (родители-инвалиды, неполная семья, ребенок-сирота и т. п.). |
| ***Данные об образовании:*** |
| получения образования и специализация; изучение родного и иностранных языков; сведения об успеваемости и внеучебной занятости (посещаемость занятий; сведения об участии в грантах; конкурсах; наградах и т.п.); форма обучения; вид обучения. |
| ***Дополнительные данные:*** |
| Отношение к группе риска; поведенческий статус; сведения о правонарушениях; копии документов; хранящихся в личном деле обучающихся; информация о портфолио обучающегося; сведения, содержащиеся в документах воинского учета; документы о состоянии здоровья (сведения об инвалидности; о наличии хронических заболеваний и т.п.). |

**РАЗРЕШАЮ** МОУ ДОД «КРЦДОД» запрашивать у третьих лиц дополнительные сведения, необходимые для целей обработки персональных данных.

**РАЗРЕШАЮ** МОУ ДОД «КРЦДОД» запрашивать у ГБУЗ «Корткеросская ЦРБ», «Сторожевская ЦРБ» дополнительные сведения, необходимые для целей обработки персональных данных.

Настоящее согласие дано сроком до минования надобности. Согласие может быть мною отозвано в письменной форме. В случае отзыва, МОУ ДОД «КРЦДОД» не вправе использовать мои персональные данные и персональные данные лица, интересы которого я представляю в целях, указанных в настоящем согласии, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

«\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

**Директору МОУ ДОД «КРЦДОД»**

**Т. А. Борискиной**

**Медицинское заключение от врача(справка)**

**о состоянии здоровья ребенка**

**и заключение о возможности заниматься в объединениях**

**дополнительного образования по избранному профилю.**

Муниципальное образовательное учреждение дополнительного образования детей

«Корткеросский районный центр дополнительного образования детей» запрашивает

сведения на учащегося\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса

Ф. И. О.

Школы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективные данные и состояние здоровья на момент проверки

К занятиям в объединении «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

допускается/ не допускается (нужное подчеркнуть)

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

Место печати Подпись врача /расшифровка подписи/