

Директору МБОУ ДО «Починковский ДЮЦ»  
Губановой Татьяне Николаевне

\_\_\_\_\_  
(ФИО родителя (законного представителя))

\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу:

село \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
СНИЛС ребенка \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка (сына, дочь)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка заполняется печатными буквами)

Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

Образовательная организация \_\_\_\_\_

в МБОУ ДО «Починковский ДЮЦ» на обучение по дополнительной  
общеразвивающей программе \_\_\_\_\_.

*с Уставом МБОУ ДО «Починковский ДЮЦ», лицензией на право ведения образовательной деятельности, дополнительными общеобразовательными программами, Положением о порядке приема учащихся, Правилами внутреннего распорядка учащихся, инструкциями об охране жизни и здоровья обучающихся и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности учащихся, ознакомлен(а).*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Подпись \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г., код подразделения \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статей 9, 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие муниципальному бюджетному образовательному учреждению дополнительного образования «Починковский детско-юношеский центр», ОГРН 1025200916290, ИНН 5227004104, юридический адрес 607910, Нижегородская область, Починковский район, с. Починки, ул. Заречная д. 20 а (далее также – Оператор) на обработку моих персональных данных: 1) фамилия, имя, отчество; 2) пол; 3) число, месяц, год рождения; 4) сведения о гражданстве; 5) вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, дата выдачи, наименование органа, выдавшего его; 6) адрес и дата регистрации по месту жительства (месту пребывания), адрес фактического проживания; 7) номер контактного телефона, адрес электронной почты; 8) реквизиты свидетельства государственной регистрации актов гражданского состояния; 9) место работы; 10) занимаемая должность; 11) информация о наличии права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема и персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_:

1) фамилия, имя, отчество; 2) пол; 3) число, месяц, год рождения, возраст; 4) сведения о состоянии здоровья; 5) адрес места жительства и (или) места пребывания ребенка; 6) фотоизображение с участием ребенка.

в целях:

проведения приема на обучение, осуществления образовательной деятельности, ведения делопроизводства и документооборота в бумажном и электронном виде, связанного с обеспечением образовательной деятельности.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), связанных с кадровой и образовательной деятельностью.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными моего ребенка с использованием цифровых носителей или по каналам связи, с управлением образования администрации Починковского муниципального округа (607910, Нижегородская область, с. Починки, пл. Ленина, д.9) с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальную информацию.

Настоящее согласие действует с даты его подписания до прекращения образовательных отношений, а также в течение трех лет с даты прекращения образовательных отношений.

После отчисления обучающегося персональные данные будут храниться у Оператора в течение предусмотренного законодательством Российской Федерации срока хранения документов.

Передача моих персональных данных и персональных данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати рабочих дней с даты поступления моего заявления.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных, разрешенных субъектом**  
**персональных данных для распространения**

Я, \_\_\_\_\_,  
проживающ \_\_\_\_\_ по адресу \_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г., код  
подразделения \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ номер телефона +7 \_\_\_\_\_, адрес электронной почты \_\_\_\_\_,  
в соответствии с требованиями статьи 10.1 Федерального закона от  
27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие муниципальному бюджетному  
образовательному учреждению дополнительного образования «Починковский детско-юношеский центр»,  
ОГРН 1025200916290, ИНН 5227004104, юридический адрес 607910, Нижегородская область,  
Починковский район, с. Починки, ул. Заречная д. 20 а (далее также – оператор, учреждение) на  
предоставление доступа неограниченному кругу лиц персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_:

1) фамилия, имя, отчество; 2) дата рождения, возраст; 3) уровень образования; 4) класс / группа; 5)  
информация о достижениях (победах, призовых местах и участиях в различных конкурсах, в которых  
ребенок принимает участие в качестве обучающегося учреждения); 6) фотоизображение с участием  
субъекта персональных данных; 8) электронные образы (сканированные копии) грамот, благодарностей,  
дипломов; 9) видеозаписи с участием субъекта персональных данных.

в следующих информационных ресурсах:

официальный сайт организации в сети Интернет

группа «ВКонтакте» «МБОУ ДО «Починковский детско-юношеский центр»

Группа «ВКонтакте» «Администрация Починковского округа»

Группа «ВКонтакте» «Управление образования Починковского округа»Группа

«ВКонтакте» «ОБРАЗОВАНИЕ\_52»

Канал в МАХ «МБОУ ДО «Починковский ДЮЦ»»

Канал в МАХ «Администрация Починковского округа»

в целях демонстрации достижений моего ребенка, повышения имиджа учреждения, размещения  
актуальной информации для заинтересованных лиц.

Категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных  
устанавливает условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов (заполняется по  
желанию)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_.

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором только по  
его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных работников,  
либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных  
персональных данных (заполняется по желанию) \_\_\_\_\_.

Настоящее согласие действует с даты его подписания до прекращения образовательных отношений,  
а также в течение трех лет с даты прекращения образовательных отношений.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> При отсутствии условий и запретов на обработку персональных данных субъект персональных данных собственноручно указывает «не  
установлено»

Угловой штамп медицинской  
организации, выдавшей справку

Справка

Фамилия, Имя \_\_\_\_\_

Год, месяц и число рождения \_\_\_\_\_

По состоянию здоровья к занятиям в секции \_\_\_\_\_допущен(а).

Медицинская группа по физической культуре \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_20\_\_\_г Врач \_\_\_\_\_

М.П.