Муниципальное автономное учреждение дополнительного образования

«ДЕТСКИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ

ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙПОМОЩИ «ОСТРОВ»

624480, Североуральск

ул. Свердлова 46, тел.8(34380) 2-09-28

<http://ostrovpsy.ucoz.ru/>

e-mail: [ostrov-psy@yandex.ru](mailto:ostrov-psy@yandex.ru)

Директору МАУДО Центр Остров»

Лебедевой Т.С.

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

*ФИО заявителя (родителя/ законных представителей)*

проживающего по адресу: г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу принять на дополнительную общеобразовательную общеразвивающую программу дополнительного образования / программу психолого-педагогического сопровождения *(нужное подчеркнуть)*

Наименование программы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

моего ребенка (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ года (полных лет \_\_\_\_, месяцев \_\_\_\_)

с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_ г.

ФИО родителей (законных представителей), место работы должность

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

Наименование ОУ \ ДОУ, которое посещает ребенок:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, класс/группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Номер сертификата ПФДО (с 5 лет)\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Дополнительные сведения

*(нужное подчеркнуть*

*-*  ребенок с ОВЗ

- ребенок-инвалид

- опекаемый

- полная семья

- неполная семья

- мать-одиночка

- многодетные

- малоимущие

- другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

**Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ " О персональных данных" д**аю свое согласие на обработку** в Муниципальном автономном учреждении дополнительного образования «Детский оздоровительно-образовательный Центр психолого-педагогической помощи «Остров», расположенному по адресу: 624480, г. Североуральск, ул. Свердлова, д.46 (далее - Центр), данных моего ребенка (детей), либо ребенка(детей), находящихся под опекой (попечительством), на использование персональных данных своего подопечного в целях:учета результатов освоения ребенком образовательных программ, обеспечения учебно-воспитательного процесса, предоставления мер социальной поддержки, формирования баз данных, в том числе электронных, для обеспечения принятия управленческих решений, а такжеведения статистики; хранения данных в архивах, на осуществление любых действий в отношении 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 – Управлению образования Администрации Североуральского городского округа и т.д.), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Центр вправе размещать фотографии ребенка, фамилию, имя, отчество на доске почета, на стендах; вправе производить фото- и видеосъемки обучающегося для размещения на официальном сайте Центра, официальной странице в Контакте, официальной странице в Инстаграмм и СМИ, с целью формирования имиджа Центра; вправе включать обрабатываемые персональные данные обучающегося в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами федеральных, муниципальных органов управления образования, регламентирующих предоставление отчетных данных.

Центр гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что Центр будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Учреждения.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка.

**Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

С Уставом, лицензией, правилами внутреннего распорядка, положением о зачислении, переводе, отчислении детей МАУ ДО Центр «Остров» и программой обучения ознакомлен(а), согласен (согласна), обязуюсь выполнять.

**Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

***К заявлению прилагаю:***

1. Копию свидетельства о рождении ребёнка.
2. Документ, подтверждающий наличие льгот:
3. Договор между МАУ ДОЦентр «Остров» и родителями (законными представителями) ребенка
4. Справка о состоянии здоровья (для детей с особыми образовательными потребностями). Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.

**Подпись** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/