Директору *МБУДО ШГО Спортивная школа*

 *Волкову Сергею Сергеевичу*

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (Ф.И.О. заявителя полностью)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**телефон:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу зачислить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка полностью)

Дата рождения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_\_ г.р.

на обучение по дополнительным общеобразовательным программам в области физической культуры и спорта:

спортивной подготовки/общеразвивающим программам

(нужное подчеркнуть)

По виду спорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К тренеру-преподавателю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Место рождения ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Адрес места регистрации ребенка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

3. Фактический адрес проживания ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |
| --- |
|  |

4. Номер СНИЛС

5. Сведения о родителях (законных представителях):

Мать (опекун):

Ф.И.О. (полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отец: (опекун):

Ф.И.О. (полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С уставом учреждения, лицензией на осуществление образовательной деятельности ознакомлен(а). С порядком подачи заявления ознакомлен.

Дата подачи заявления: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

 (Ф.И.О. заявителя) (подпись заявителя)

**Анкета для родителей (законных представителей)**

**Все персональные данные, защищены законом и предназначены для служебного использования.**

|  |  |
| --- | --- |
| Место обучения ребенка (СОШ, ДОУ) |  |
| Класс (с указанием буквы - если имеется)/ группа |  |
| Ф.И.О. классного руководителя/ воспитателя |  |
| Ваша семья полная (оба родителя живут с ребенком вместе) или неполная (один родитель)? | *Полная/ неполная* (подчеркнуть) |
| Сколько несовершеннолетних детей в Вашей семье (до 18 лет)? |  |
| Место работы матери (законного представителя, опекуна) |  |
| Место работы отца (законного представителя, опекуна) |  |
| Данный ребенок находится под Вашей опекой (Вы его опекун) - *Да/нет* |  |
| Состояние здоровья Вашего ребенка: |
| *Ребенок-инвалид (№ справки МСЭ, дата действия, диагноз)* |  |
| *Ребенок ОВЗ (данные заключения ПМПК – дата, №, срок действия)* |  |
| *Хроническое заболевание (название, ограничения в деятельности)* |  |

|  |
| --- |
| **Муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования****Шалинского городского округа****Спортивная школа****(МБУДО ШГО СШ)** |

ИНН 6657003560/ ОГРН 1026601506238 623030, Свердловская область, Шалинский район

р.п. Шаля, ул. Калинина, д.60, тел. 8 343 58 2-26-93, факс 2-14-23, эл. почта shalia­­\_dush@mail.ru

**СОГЛАСИЕ**

**(форма для обучающихся и их законных представителей)**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество Субъекта персональных данных полностью)

основной документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(вид, номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являясь законным представителем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего субъекта персональных данных)

на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(реквизиты свидетельства о рождении ребенка или иного документа, подтверждающего полномочия родителя или иного законного представителя)

проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

настоящим даю свое согласие МБУДО ШГО СШ, расположенному по адресу: 623030, Свердловская область, Шалинский район, п.г.т. Шаля, ул. Калинина, дом 60 (далее — «Оператор»), на обработку персональных данных моих и моего ребенка (см. п.3) на следующих условиях:

1. Согласие дается мною в целях реализации дополнительных общеразвивающих программ, ведения журнала посещаемости, формирования статистических данных органам управления образования, соблюдения федеральных законов и иных нормативно-правовых актов Российской Федерации.

2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение(обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ.

3. Типовой перечень персональных данных, обрабатываемых Оператором:

3.1.1. фамилия, имя, отчество;

3.1.2. пол;

3.1.3. дата рождения;

3.1.4. место рождения;

3.1.5. данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);

3.1.6. адрес и дата регистрации;

3.1.7. фактический адрес жительства;

3.1.8. гражданство;

3.1.9. сведения о посещаемости;

3.1.10. сведения из заявлений родителей с просьбой освободить от занятий ребенка;

3.1.11. контактные телефоны;

3.1.12. сведения о наградах и поощрениях;

3.1.13. дата зачисления в объединение;

3.1.14. анамнестические сведения;

3.1.15. перенесенные заболевания;

3.1.16. сведения о диспансерном наблюдении;

3.1.17. результаты аттестации по осваиваемой дополнительной общеразвивающей программе;

4. Оператор имеет право передавать персональные данные субъекта в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006г).

6. Настоящее согласие дается до утраты правовых оснований обработки соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, в соответствие с законодательством Российской Федерации, после чего персональные данные уничтожаются или передаются в архив.

7. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо врученным лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор обязуется в течение 30 (тридцати) дней уничтожить либо обезличить персональные данные Субъекта.

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

(дата) (подпись) (И.О.Фамилия)

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования****Шалинского городского округа****Спортивная школа****(МБУДО ШГО СШ)** |

ИНН 6657003560/ ОГРН 1026601506238 623030, Свердловская область, Шалинский районр.п. Шаля, ул. Калинина, д.60, тел. 8 343 58 2-26-93, факс 2-14-23, эл. почта shalia­­\_dush@mail.ru |

**Согласие представителя субъекта персональных данных на участие**

 **субъекта в фото и видеосъёмках**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество, статус законного представителя несовершеннолетнего – мать, отец, опекун, попечитель или уполномоченный представитель органа опеки и попечительства или учреждение социальной защиты, в котором находится нуждающийся в опеке или попечительстве несовершеннолетний, либо лица, действующего на основании доверенности, выданной законным представителем)

даю согласие в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребёнка)

на его безвозмездное участие в фото и видео съемках и дальнейшем безвозмездном использовании фото и видео изображений на брандмауэре и других материалах МБУДО ШГО СШ, в том числе рекламных.

Согласен на распространение, использование, сообщение для всеобщего сведения (в том числе путём размещения брандмауэра с фотоизображением на фасадах зданий МБУДО ШГО СШ, на Интернет-сайте, в социальной сети ВКотакте), любыми способами целиком либо отдельными фрагментами фото и видео изображения ребёнка.

С целями, для которых осуществляются фото и видео съёмки, ознакомлен.

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

(дата) (подпись) (И.О.Фамилия)