|  |
| --- |
| Директору ГОУ ТО «Яснополянскийкомплекс»  Киселеву Д.В. |
|
|
|
| *Ф.И.О. родителя/законного представителя* |
|  |
| *адрес* |
| *телефон* |
| ***e-mail*** |

заявление.

Прошу зачислить моего ребенка

|  |
| --- |
|  |
| « » 20 г.р. |
| *(Ф.И.О., дата рождения)* |

проживающего:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| *фактический адрес* |

в \_\_\_\_\_\_\_ класс в порядке перевода из

|  |
| --- |
|  |
|  |
| *(наименование образовательной организации с указанием местоположения)* |

|  |
| --- |
|  |

изучаемый иностранный язык

Подтверждаю наличие/отсутствие (*нужное подчеркнуть*) ограничений возможности здоровья и

необходимости создания специальных условий для обучения.

|  |
| --- |
| *нет/да (группа)* |

Инвалидность ребенка

Льготные условия:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| *(наименование льготы, документ, подтверждающий льготу, регистрационный №, дата выдачи, кем выдан) (ФИО (последнее при наличии) брата и (или) сестры, проживающих в одной с ним семье и имеющих общее с ним место жительства, обучающегося в государственной образовательной организации* |

Ознакомлен:

1. С Уставом ГОУ ТО «Яснополянский комплекс»;
2. С лицензией ГОУ ТО «Яснополянский комплекс»;
3. С аккредитацией ГОУ ТО «Яснополянский комплекс»;
4. С учебными программами ГОУ ТО «Яснополянский комплекс»
5. С другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности, обучающихся ГОУ ТО «Яснополянский комплекс»;

Приложения:

1. Копии: паспорта родителя/законного представителя, СНИЛС родителя/законного представителя, паспорта/свидетельства о рождении ребенка, СНИЛС ребенка, свидетельства о регистрации по месту жительства ребенка, медицинского полиса ребенка, при наличии инвалидности, копия подтверждающего документа;
2. Сведения о членах семьи;
3. Согласие на использование и обработку персональных данных, информированное и добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на психологическое сопровождение обучающегося

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| *подпись, расшифровка* | *дата* |

СВЕДЕНИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ

|  |
| --- |
|  |
| *Ф.И.О. ребенка* |

Мать

|  |
| --- |
|  |
| *Ф.И.О.* |
|  |
| *место работы, должность* |
|  |
| *номер телефона* |

Отец

|  |
| --- |
|  |
| *Ф.И.О.* |
|  |
| *место работы, должность* |
|  |
| *номер телефона* |

Бабушка

|  |
| --- |
|  |
| *Ф.И.О.* |
|  |
| *место работы, должность* |
|  |
| *номер телефона* |

Дедушка

|  |
| --- |
|  |
| *Ф.И.О.* |
|  |
| *место работы, должность* |
|  |
| *номер телефона* |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| *подпись, расшифровка* | *дата* |

СОГЛАСИЕ

на использование и обработку персональных данных

|  |
| --- |
| *Ф.И.О. родителя/законного представителя* |

Я,

|  |  |
| --- | --- |
| паспорт |  |
|  | *серия, номер, кем выдан, дата выдачи* |
|  |  |
|  | *в случае опекунства / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство* |

являющийся родителем/законным представителем

|  |
| --- |
|  |
| *Ф.И.О. ребенка* |

|  |  |
| --- | --- |
| паспорт/свидетельство о рождении |  |
|  | *серия, номер, кем выдан, дата выдачи* |
|  |  |
| *адрес проживания* | |

на основании Семейного кодекса РФ и Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ

«О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка (далее Ребенок) ГОУ ТО «Яснополянский комплекс» (далее – Оператор).

Перечень своих персональных данных, на обработку которых даю согласие: фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта, сведения о выдаче паспорта, включая дату выдачи и код подразделения, место регистрации и место фактического проживания, номер домашнего и мобильного телефона, место работы, занимаемая должность, номер служебного телефона, дополнительные данные, которые я сообщил(а) в заявлении, договоре, других заполняемых мною документах.

Перечень персональных данных Ребенка, на обработку которых даю согласие: фамилия, имя, отчество, школа, класс, домашний адрес, дата регистрации по месту проживания, дата рождения, место рождения, серия и номер паспорта (свидетельства о рождении), сведения о выдаче паспорта (свидетельства о рождении), включая дату выдачи и код подразделения, серия и номер миграционной карты, вида на жительство, разрешения на временное проживание, телефон, адрес электронной почты, результаты обучения Ребенка, психологических и профориентационных тестирований, спортивных и иных мероприятий, сведения о состоянии здоровья, дополнительные данные, которые я сообщил (а) в заявлении, других заполняемых мною документах.

Вышеуказанные персональные данные представлены с целью: использования Оператором для формирования единого банка данных контингента детей в целях осуществления образовательной деятельности, индивидуального учета результатов усвоения детьми образовательных программ, хранения в архивах сведений об этих результатах; фото и видео съемки моего ребенка во время обучения; использования фото, видео и информационных материалов для коммерческих, рекламных и промо целей, связанных с деятельностью Оператора; использования при наполнении информационных ресурсов – сайта Оператора и печатных СМИ.

Я даю разрешение на безвозмездное использование фото- и видеоматериалов, а также других информационных материалов с участием моего ребенка во внутренних и внешних коммуникациях, фотографии и изображение могут быть скопированы, представлены и сделаны достоянием общественности или адаптированы для использования любыми СМИ и любым способом, в частности в рекламных буклетах и во всех средствах массовой информации, ТВ, кинофильмах, видео, в Интернете, листовках, почтовых рассылках, каталогах, постерах, промо статьях, рекламной кампании, на упаковке, и т.д. при условии, что произведенные фотографии и видео не нанесут вред достоинству и репутации моего ребенка.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, систематизация, накопление, автоматизированная обработка, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача вышеуказанных данных по запросу вышестоящей организации, по письменному запросу уполномоченных организаций, обезличивание и уничтожение персональных данных.

Я даю согласие на передачу всего объема персональных данных: в архив Оператора и (при необходимости) в другие архивы для хранения; транспортным компаниям; туристским и страховым компаниям; миграционной службе; медицинским и лечебным организациям и учреждениям; иным юридическим и физическим лицам – исключительно для нужд обеспечения участия Ребенка в образовательных программах (при обязательном условии соблюдения конфиденциальности персональных данных), а также на блокирование и уничтожение персональных данных.

Я согласен (-сна), что обработка персональных данных может осуществляться как с использованием автоматизированных средств, так и без таковых.

Данное согласие действует на весь период обучения ребенка и срок хранения документов в соответствии с архивным законодательством.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие, письменно уведомив об этом Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия Оператор обязан прекратить обработку или обеспечить прекращение обработки персональных данных и уничтожить или обеспечить уничтожение персональных данных в срок, не превышающий 30 дней с даты поступления указанного отзыва. Об уничтожении персональных данных Оператор обязан уведомить меня в письменной форме.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| *подпись, расшифровка* | *дата* |

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

|  |
| --- |
| *Ф.И.О. родителя/законного представителя* |

Я,

являющийся родителем/законным представителем

|  |
| --- |
|  |
| *Ф.И.О. ребенка* |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *адрес проживания* | |

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 25. 11. 2013г. № 317-ФЗ даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я, доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, осмотр кожи и волосистой части головы.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и
12. рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. При выявлении педикулеза обработка волосистой части головы педикулоцидами.
14. Анестезиологическое пособие.
15. Пункция суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
16. Закрытая репозиция при переломах.
17. Промывание желудка.
18. Очистительная и лечебная клизма.
19. Обработка ран и наложение повязок, швов.
20. Хирургическое лечение гнойно – некротических процессов.
21. Оказание гинекологической и урологической помощи.
22. Оказание психиатрической помощи.
23. Госпитализация детей по медицинским показаниям в больницы.

Я, также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1,3 ст.3, ст.11 Федерального закона № 152 – ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| *подпись, расшифровка* | *дата* |

Согласие на психологическое сопровождение обучающегося образовательного учреждения

|  |
| --- |
| *Ф.И.О. родителя/законного представителя* |

Я,

даю согласие на психологическое сопровождение моего ребенка

|  |
| --- |
|  |
| *Ф.И.О. ребенка, дата рождения, класс* |
|  |

Психологическое сопровождение включает в себя:

* диагностические исследования (индивидуальные и групповые);
* коррекционно-развивающую работу (индивидуальная и групповая);
* просвещение и профилактика (все участники образовательного процесса);
* консультирование (все участники образовательного процесса).

Психолог обязуется:

* предоставлять информацию о результатах психологического обследования ребенка при обращении родителей (законных представителей);
* не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями (законными представителями).

Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:

* если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам;
* если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими;
* если материалы индивидуальной работы будут затребованы правоохранительными органами.

О таких ситуациях Вы будете информированы.

Родители/законные представители имеют право:

* обратиться к психологу по интересующему вопросу;
* отказаться от психологического сопровождения ребенка (или отдельных его компонентов указанных выше), предоставив психологу заявление об отказе на имя директора школы.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| *подпись, расшифровка* | *дата* |