

Директору ГОУ ТО «Яснополянский комплекс»
Киселеву Д.В.

(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

паспорт серия, №

кем и когда выдан

(адрес по месту проживания, адрес регистрации)

(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)

язык образования _____

родной язык из числа
языков народов РФ _____

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)

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности, обучающихся государственного общеобразовательного учреждения Тульской области «Яснополянский образовательный комплекс им. Л.Н. Толстого» ознакомлен(а).

Я, _____

(Ф.И.О. (последнее при наличии) родителей (законных представителей))

даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка

(Ф.И.О. ребенка (последнее при наличии))

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. №152 ФЗ «О персональных данных».

Сведения о втором родителе:

(Ф.И.О.)

(телефон)

Приложение:

копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) ребенка;
копия свидетельства о рождении ребенка или документа, подтверждающего родство заявителя;
копия документа, подтверждающего установление опеки и попечительства (при необходимости);

копия документа о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания на закрепленной территории или справку о приеме документов для оформления регистрации по месту жительства (в случае приема на обучение ребенка, проживающего на закрепленной территории, или в случае использования права преимущественного приема на обучение по образовательным программам начального общего образования);

копию свидетельства о рождении полнородных и неполнородных брата и (или) сестры (в случае использования права преимущественного приема на обучение по образовательным программам начального общего образования ребенка в ГОУ ТО «Яснополянский комплекс», в котором обучаются его полнородные и неполнородные брат и (или) сестра);

справку с места работы родителя(ей) законного(ых) представителя(ей) ребенка (при наличии права внеочередного или первоочередного приема на обучение);

копию заключения психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии).

подпись, расшифровка

« ____ » _____ 20__ г.
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.

подпись, расшифровка

«___» _____ 20__ г.
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 такое 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, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно. При выявлении педикулеза обработка волосистой части головы педикулоцидами.
13. Анестезиологическое пособие.
14. Пункция суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
15. Закрытая репозиция при переломах.
16. Промывание желудка.
17. Очистительная и лечебная клизма.
18. Обработка ран и наложение повязок, швов.
19. Хирургическое лечение гнойно – некротических процессов.
20. Оказание гинекологической и урологической помощи.
21. Оказание психиатрической помощи.
22. 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.

подпись, расшифровка

« ____ » _____ 20 ____ г.
дата

