

## СОГЛАСИЕ

### родителя/законного представителя на обработку личных персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя или законного представителя)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

(в случае опекуна указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

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

приходящегося мне \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., дата рождения несовершеннолетнего), зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении несовершеннолетнего (паспорт): серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_,

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку в МБУ ДО ДЮСШ № 1 «Юность» (652470, Кемеровская область, гор. Анжеро-Судженск, ул. С. Перовской, 2) личных персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, к которым относятся:

- фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства; место учебы; номера телефонов (домашний, сотовый); данные медицинского заключения (справки); ИНН (при наличии); прочие сведения.

Я даю согласие на использование личных персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего на период обучения в целях:

- обеспечения образовательного процесса несовершеннолетнего;
- медицинского обслуживания несовершеннолетнего;
- ведения статистики.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих личных персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией: УОаАСГО, ДОиН Кемеровской области, ДМПИС Кемеровской области, медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции и т.д.), обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я проинформирован(а) о том, что МБУ ДО ДЮСШ №1 «Юность» гарантирует обработку моих личных персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных несовершеннолетнего в МБУ ДО ДЮСШ №1 «Юность» или в течение срока хранения информации.

Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

Расшифровка подписи

№ \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

номер и дата регистрации  
заявления

приказ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ »

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Директору муниципального бюджетного учреждения дополнительного образования Анжеро-Судженского городского округа «Детско-юношеская спортивная школа №1 «Юность» Ефимову А.Г.  
родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

о зачислении гражданина в образовательное учреждение

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего(ю) сына (дочь):

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения, школа, класс)

\_\_\_\_\_ , проживающего(ую) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_ (область, город, улица (переулок, проезд и т.д.), дом, квартира)

в муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования Анжеро-Судженского городского округа «Детско-юношеская спортивная школа №1» на обучение по платной дополнительной образовательной услуге по программе для дошкольников «Преемственность»

Сведения о номере сертификата дополнительного образования

с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Сведения о родителях (законных представителях):

Родитель (законный представитель):

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (полностью))

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

Родитель (законный представитель):

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (полностью))

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательной программой «Преемственность» и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а), а также своей подписью заверяю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, необходимых для образовательных отношений, в соответствии с действующим законодательством.

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Подпись

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Подпись

**СОГЛАСИЕ НА РАЗМЕЩЕНИЕ ФОТОГРАФИЙ, ВИДЕОМАТЕРИАЛОВ  
ИЛИ ДРУГОЙ УЧЕБНОЙ ИНФОРМАЦИИ О РЕБЕНКЕ НА ОФИЦИАЛЬНОМ САЙТЕ МБУ ДО ДЮСШ  
№1 «ЮНОСТЬ»**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьей 152.1 Гражданского кодекса РФ, ч.1. ст. 24 Конституции Российской Федерации

Я, \_\_\_\_\_,  
ФИО учащегося, родителя (законного представителя) несовершеннолетнего учащегося  
паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,

являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка),

даю согласие \_\_\_\_\_  
**МБУ ДО ДЮСШ №1 «Юность»**  
(название образовательной организации)

на обработку, сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, размещение на сайте образовательной организации следующих личных персональных данных (моего ребенка) в целях размещения на официальном сайте

\_\_\_\_\_ **МБУ ДО ДЮСШ №1 «Юность»** \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», адрес официального сайта: [www.yunost.ucoz.ru](http://www.yunost.ucoz.ru), а также на информационных стендах, на официальных страницах в социальных сетях, выставках:

- фамилия, имя, отчество;
- год рождения;
- спортивный разряд;
- информация о достижениях учащегося в конкурсах, соревнованиях, в фестивалях, в учебе;
- фотографии и видеосюжеты, отражающие участие в образовательно-воспитательной деятельности, участие в мероприятиях разного уровня.

Я даю согласие на размещение указанных персональных данных моих (моего ребенка) только при условии соблюдения принципов размещения информации на Интернет-ресурсах образовательной организации:

- соблюдение действующего законодательства Российской Федерации, интересов и прав граждан;
- защита персональных данных учащихся;
- достоверность и корректность информации.

Представителем образовательной организации разъяснены возможные риски (взломы, интернет-атаки и т. п.), а также последствия опубликования персональных данных в сети Интернет и то, что образовательная организация не несет ответственность за таковые, если предварительно мною дано письменное согласие на размещение вышеперечисленных персональных данных на школьном сайте.

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь предоставить информацию в короткие сроки.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. и может быть мною отозвано письменным заявлением в любое время.

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

**ВНИМАНИЕ!**

Гражданин старше 14 лет заполняет самостоятельно.

Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от 20.12.2012 № 1177н

(в ред. Приказа Минздрава России  
от 10.08.2015 № 549н)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень  
определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина: учащегося старше 15 лет, либо законного представителя учащегося младше 15 лет)

законный представитель \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **ФИО учащегося**

\_\_\_\_\_ **(адрес места жительства гражданина, законного представителя)**

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для (ненужное зачеркнуть)

- получение первичной медико-санитарной помощи,
- получение первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь,

\_\_\_\_\_ **штатным медицинским работником МБУ ДО «ДЮСШ №1 «Юность».**

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя  
гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**ВНИМАНИЕ!**

Гражданин старше 15 лет заполняет самостоятельно.