Директору МБУ ДО «Баевский ЦДТ и ПО»

В.А. Попкову

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

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

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

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

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

( индекс, адрес прописки,)

ЗАЯВЛЕНИЕ

**1.** Прошу принять моего сына (дочь) ученика (цу) \_\_\_\_\_\_\_\_ класса

(Фамилия, имя, отчество ребенка)

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

(наименование образовательного учреждения, в котором учится ребенок)

Дата рождения «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

2. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(край/область, район, село/город, улица, дом, квартира)

в структурное подразделение ДОЛ «Орлёнок» на период \_\_\_\_ дней \_\_\_\_\_\_ смены с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

3. **Данные родителей (законных представителей) (для экстренной связи):**

Мать Ф.И.О., телефон (служебный, сотовый)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

отец ФИО, телефон (служебный, сотовый)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**4**. Доверяю передачу ребенка в случае выезда из лагеря: Ф.И.О. (степень родства), домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**6.**.**Информация для медицинского персонала**: имеющиеся хронические заболевания у моего ребенка

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
информация о перенесенных операциях, травмах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
освобождение от физических нагрузок (указать, от каких именно) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
существуют ли противопоказания по применению лекарственных средств\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7.** Употребляет ли Ваш ребенок специальные лекарственные препараты? (указать какие и приложить рекомендации лечащего врача) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8**.Есть ли аллергия на пищу, лекарства, растения, укусы насекомых?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9**.Существует ли ограничение в продуктах питания, диета?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10**. Другие особенности здоровья моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**11.Что следует учесть вожатым**: особенности поведения и характера моего ребенка, привычки, особенности общения со сверстниками:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ребенок робкий, застенчив, спокойный, подвижный),* другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**12.** Ребенок входит в коллектив (*нужное подчеркнуть*): / легко / с небольшими трудностями / тяжело /

**13**. Ребенок дружен с детьми? (*нужное подчеркнуть*) /много друзей / дружит с одним человеком /не дружит/

**14.** Встает ли ребенок по ночам?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Надо ли его будить?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**15**. В каких секциях, клубах, студиях занимается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**16**. Чем увлекается: любит петь, танцевать, читать, рисовать, шить, заниматься спортом, что еще \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**17**.Отдыхал ли ваш ребенок в лагере?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Был ли ваш ребенок в ДОЛ «Орлёнок» ранее?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

чем нравится ему ДОЛ «Орлёнок»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**18.** Состоит ли ребенок на учете в школе, ПДН, КПН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**19**. **Администрация лагеря напоминает:**

**19.1** Лагерь не принимает детей, имеющих медицинские противопоказания для пребывания в загородном оздоровительном учреждении

**19.2** Администрация оставляет за собой право досрочного отчисления из лагеря ребенка, допустившего грубое нарушение дисциплины (распитие спиртных напитков, употребление наркотических веществ, воровство, самостоятельный уход с территории ДОЛ «Орлёнок», самостоятельное купание в водоеме, а также действия, унижающие человеческое достоинство и угрожающие здоровью окружающих их людей).

**19.3**. В случае, когда ребенок не принят в ДОЛ «Орлёнок» по причинам, указанным в пункте 19.1 или когда ребенок досрочно отчислен в соответствии с пунктом 19.2, доставка ребенка к месту жительства осуществляется родителями самостоятельно либо за счет родителей, при этом стоимость путевки не возвращается.

**19.4**. В случае нанесения ребенком материального ущерба ДОЛ «Орлёнок», стоимость ущерба возмещается за счет родителей. Родители выплачивают денежную компенсацию в размере 100% от стоимости по ценам на данный период с учетом процента износа: за битые стекла, раковины, плафоны, за ломаную и испорченную мебель, за испачканные стены и испорченные постельные принадлежности.

**19.5**.Вожатые, воспитатели, администрация лагеря не несут ответственности за сохранность дорогих, драгоценных вещей, украшений, **сотовых телефонов, денежных средств, находящихся у ребенка.**

**20.** Я, даю свое согласие на привлечение к общественно - полезному труду своего(ей) сына (дочери), в период пребывания в ДОЛ «Орлёнок» в соответствии с требованиями техники безопасности и охраны труда, в целях формирования у него (неё) трудовых навыков, воспитания сознательного отношения к труду, экологического воспитания, в том числе:

**20.1**. Участие в труде по самообслуживанию (уборка постели, содержание в чистоте своей обуви и одежды и т.д.);

**20.2.** Участие в общественно-полезном труде (привлечение к несложным работам по уходу за помещениями, уход за участком территории лагеря вблизи отряда и т.д. ).

**20.3\*.** Участие в работе поста на центральном входе лагеря (связанной с приглашением отдыхающих детей к прибывшим родителям (законным представителям), родственникам), влажная уборка спален, полная уборка помещений, игровых комнат.

**20.4.** Оформление отрядного уголка, выставки рисунков, изготовление игр и игрушек, вспомогательные работы в лагерных кружках, спортивных секциях, участие, в оформлении и благоустройстве отрядных, походных и костровых мест.

**21.** Согласие вступает в силу со дня подписания и действует в течение всего периода пребывания в ДОЛ «Орлёнок».

**22**. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании поданного мною письменного заявления.

С пунктами 19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5 и правилами пребывания детей в ДОЛ " Орлёнок " ознакомлен(а) и согласен(сна) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**23**. В оказании ребенку неотложной медицинской помощи не возражаю.

*\*Примечание* Пункт 20.3. распространяется только на детей 10 - 15-летнего возраста.

Подпись родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г

*Приложение 1 к Заявлению*

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. родителя или законного представителя)

“\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=198250#l2) 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. No 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. No 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/**первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь** (ненужное зачеркнуть)

*КГБУЗ «Баевская ЦРБ»*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_ врач (педиатр)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *- медицинская сестра* \_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника, должность)

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. No 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, No 48, ст. 6724; 2012, No 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. No 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)

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

**(Ф.И.О. и дата рождения ребёнка)**

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

Подпись (Ф.И.О. родителя или законного представителя) (подпись)

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

Подпись (Ф.И.О. медицинского работника)

“\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

*Приложение 2 к Заявлению*

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

с. Баево «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

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

(Ф.И.О.)

Проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (кем и когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Настоящим даю свое согласие на обработку структурным подразделением МБУ ДО «Баевский ЦДТиПО»

ДОЛ «Орлёнок» ( далее - ДОЛ «Орленок») персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

- сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность  
 - сведения о родителях (лицах, их заменяющих); сведения о семье;

- информация медицинского характера, в случаях предусмотренных законодательством;  
 - иные документы, содержащие сведения, необходимые для осуществления процесса отдыха и оздоровления детей.

Я, даю согласие на использование персональных данных моего ребенка исключительно в следующих целях:

- обеспечение организации оздоровительно-воспитательного процесса для ребенка;

- ведение статистики.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление сотрудниками ДОЛ «Орлёнок» следующих действий в отношении персональных данных ребенка: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (только в указанных выше целях), обезличивание, блокирование (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным ребенка), уничтожение.

Цель обработки персональных данных: обеспечение наиболее полного исполнения учреждением своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом "Об образовании в Российской Федерации", а также принимаемыми в соответствии с ним другими законами и иными нормативно­-правовыми актами Российской Федерации в области образования.

Действия с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, блокирование, передача третьим лицам (в рамках воспитательного процесса), обезличивание, уничтожение персональных данных.

Администрация ДОЛ «Орлёнок» вправе:

- размещать обрабатываемые персональные данные в информационно ­телекоммуникационных сетях:

- размещать фотографии воспитанников, фамилию, имя, отчество на доске почета, на стендах в помещениях и на официальном сайте МБУ ДО «Баевский ЦДТиПО».

- предоставлять данные воспитанников для участия в межлагерных, районных конкурсах и соревнованиях.

- производить фото - и видеосъемки ребенка для размещения на официальном сайге МБУ ДО «Баевский ЦД иПО» и СМИ, с целью формирования имиджа ДОЛ «Орлёнок».

- включать обрабатываемые персональные данные обучающихся в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами краевых, муниципальных органов управления образования, регламентирующих предоставление отчетных данных.

Способ обработки персональных данных: ручной, автоматизированный.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных в ДОЛ «Орлёнок» или до отзыва данного Согласия. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь.

« \_» 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О., подпись родителя/законного представителя