Директору

Муниципального бюджетного учреждения

дополнительного образования

«Дворец детского (юношеского)

творчества им. В.П. Чкалова»

Пановой Наталье Вениаминовне

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО родителя (законного представителя)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить моего сына (дочь)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

*(Ф. И. О. полностью)*

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_г.р. *(число, месяц, год рождения ребенка),*

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

обучающегося в \_\_\_\_\_\_\_\_\_классе школы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района

**в научно-исследовательское объединение учащихся «Эврика»,**

**модуль**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

к педагогу*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*С Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ознакомлены.*

*К заявлению прилагаю следующие копии документов: свидетельство о рождении (паспорт), копия медицинского полиса, копию СНИЛСа, справку о состоянии здоровья (да/нет).*

*Наличие заболевания/инвалидности (нужное подчеркнуть), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(при наличии указать профиль, диагноз)

*Прилагаю справку с указанием диагноза (заболевания/инвалидности) – (да/нет)*

В целях сохранения жизни и здоровья моего сына (дочери) сопровождение **на занятия в секции НИОУ «Эврика»** будет осуществляться следующими лицами (Ф.И.О., степень родства): **самостоятельно**

***Сведения о родителях***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФИО родителя** | **Место работы** | **Контактный телефон** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Контактная информация:**

**Адрес электронной почты учащегося старше 12 лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**№ сотового телефона учащегося\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес электронной почты родителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Согласие на обработку персональных данных обучающихся образовательной организации**

**Оператор персональных данных обучающихся: Дворец детского (юношеского) творчества им.В.П.Чкалова**

**Адрес оператора: 603005, г. Нижний Новгород, ул. Пискунова, д.39**

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

*(ФИО обучающегося либо одного из родителей (законных представителей)*

Я даю согласие на использование персональных данных моего ребенка, на обнародование и дальнейшее использование фото и видеосъемки, размещение на официальном сайте учреждения. Настоящее согласие в отношении указанных данных действует на весь период нахождения ребенка в учреждении до момента отчисления, перевода в другое образовательного учреждение.

МБУ ДО «ДДТ им. В.П. Чкалова» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован о том, что МБУ ДО «ДДТ им. В.П. Чкалова» будет обрабатывать персональные данные как автоматизированным, так и неавтоматизированным способом обработки. Я подтверждаю, что давая согласие на обработку персональных данных, я действую своей волей и в интересах подопечного.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ расшифровка подписи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись ответственного за обработку персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СВЕДЕНИЯ О ДВИЖЕНИИ УЧАЩЕГОСЯ**

(заполняются педагогом дополнительного образования)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Решение | Подпись педагога |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |