**Заявление обучающегося**

**о приеме в муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования «Юрьев-Польский районный Центр внешкольной работы»**

директору МБУ ДО ЦВР Минеевой Е.А.

фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу принять меня в число обучающихся творческого объединения ЦВР «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

год, месяц, число рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательное учреждение\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_\_\_\_, классный руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Номер сертификата дополнительного образования***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обязуюсь не допускать пропусков занятий без уважительной причины.

С Уставом МБУ ДО ЦВР, образовательной программой, Правилами внутреннего распорядка, другими документами, регламентирующими деятельность учреждения, ознакомлены.

*К заявлению прилагаются: копия паспорта, справка от врача о состоянии здоровья с заключением о возможности заниматься выбранным направлением дополнительного образования (для туристических и спортивных кружков), копия СНИЛС ребенка и одного из родителей.*

Подпись Дата заполнения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.

**Сведения о родителях:**

Отец: Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мать: Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ – СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

НА ОБРАБОТКУ и РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

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

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

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

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(когда и кем)*

как законный представитель на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(*документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем ребенка)*

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 25.07.2011 № 261-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О персональных данных», даю согласие муниципальному бюджетному учреждению дополнительного образования «Юрьев-Польский районный Центр внешкольной работы» (601800 Владимирская обл., г. Юрьев-Польский, ул. 1 Мая. Д.54) на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, публикацию в СМИ и на образовательных сайтах, предоставление, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также право на передачу такой информации третьим лицам, если это необходимо для поддержания функционирования информационных систем обеспечения и мониторинга учебного процесса, научной, организационной и финансово-экономической деятельности МБУ ДО ЦВР в случаях, установленных нормативными документами и законодательством РФ, персональных данных моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

*(фамилия, имя, отчество ребенка)*

Перечень персональных данных ребенка:

1. Фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения

2. Пол

3. Документ, удостоверяющий личность (паспорт, св-во о рождении: серия и номер документа, кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания

5. Класс, образовательное учреждение

6. Контактный телефон, адрес электронной почты

7. Сведения об образовании (город, образовательное учреждение, сроки обучения)

8. СНИЛС

9.Медицинские сведения о возможности заниматься в группах дополнительного образования по избранному профилю (по необходимости)

Перечень моих персональных данных:

Фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип родства; место работы; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; контактные телефоны, адрес электронной почты; СНИЛС

Обработка персональных данных осуществляется с целью ведения документации, учета участников образовательного процесса, участия учащегося в конкурсах, соревнованиях, олимпиадах, экскурсиях, поездках, осуществления образовательной деятельности по образовательным программам, обеспечения личной безопасности, а также наиболее полного исполнения МБУ ДО ЦВР обязательств и компетенций в соответствии с Законом об образовании Российской Федерации и Уставом МБУ ДО ЦВР.

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Мое согласие действует в течение всего срока обучения моего ребёнка в МБУ ДО ЦВР, а также после прекращения обучения в течение срока, установленного законодательством РФ и локальными нормативными актами, и может быть отозвано путем подачи письменного заявления в адрес образовательного учреждения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. |
| Подпись | И.О. Фамилия |  |