**ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ**

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

ФИО родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование документа, удостоверяющего личность № документа дата выдачи

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

кем выдан адрес проживания

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю в муниципальное казенное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 6 (623950, г. Тавда, ул. Чекистов, д. 8а) согласие на обработку персональных данных моих и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО ребенка

 с целью соблюдения порядка и правил приема в учреждение; индивидуального учета результатов освоения образовательных программ, учета результатов диагностики, консультирования, коррекционно-развивающей и профилактической работы, проведения лечебно-профилактических мероприятий; передачи в МОУО – Управления образованием (623950, г.Тавда, ул.Кирова, д. 118) с целью согласования списков детей, зачисляемых в контингент МКДОУ детский сад № 6.

Перечень обрабатываемых персональных данных:фамилия, имя, отчество детей и их родителей (законных представителей); дата рождения детей и их родителей (законных представителей); возраст детей; адрес регистрации и проживания, контактные телефоны, адрес электронной почты; номер основного документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя), сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия законного представителя; номер основного документа, удостоверяющего личность ребенка, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; сведения о месте учебы; сведения о составе семьи; сведения об образовательной программе; данные диагностического обследования; повод обращения за консультативной помощью; проблемы, выявленные в ходе консультирования; сведения о состоянии здоровья; индивидуальная программа реабилитации детей-инвалидов; вид медицинской процедуры. Данные сведения могут обрабатываться на средствах организационной техники, а также в письменном виде.

Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, статистическую и аналитическую обработку, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, передачу по запросу МОУО – Управления образованием (учредителя).

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания, действует в течение 5 лет с момента достижения цели обработки и может быть отозвано путем подачи письменного заявления заведующей МКДОУ детский сад № 6.

Я также утверждаю, что ознакомлен(а) с возможными последствиями моего отказа дать письменное согласие на обработку и передачу персональных данных.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_. |

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

ФИО родителя (законного представителя)

даю согласие на проведение диагностики, консультирования, коррекционно-развивающей, профилактической и лечебно-оздоровительной работы, обучения специалистами: педагогом-психологом, логопедом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ФИО ребенка

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_. |