Заведующему отделом образования

\_\_\_\_Кустовой Н.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

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

(Ф.И.О. (последнее – при наличии) Заявителя(законного представителя)

проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Реквизиты документа, удостоверяющего личность Заявителя (законного представителя):

Тип документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Орган, выдавший документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при наличии)

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при наличии)

СНИЛС Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при наличии)

**Заявление.**

Прошу зарегистрировать в реестре будущих воспитанников муниципальных дошкольных образовательных организаций (далее - образовательная организация) моего ребёнка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребёнка)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года рождения, реквизиты свидетельства о рождении: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; место выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребёнка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС ребёнка (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выбираю образовательную организацию: №\_\_\_\_\_ и две другие возможные образовательные организации: №\_\_\_\_\_\_\_, №\_\_\_\_\_\_ .

В качестве родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка, выбираю язык образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Наличие потребности в обучении ребёнка:

- по адаптированной образовательной программе дошкольного образования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(имеется/отсутствует)

- в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребёнка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(имеется/отсутствует)

Направленность дошкольной группы (нужное подчеркнуть): общеразвивающая, компенсирующая, комбинированная, оздоровительная.

Режим пребывания ребёнка в образовательной организации (нужное подчеркнуть):

- полного дня (10,5-12-часового пребывания),

- кратковременного пребывания (от 3 до 5 часов в день).

Имею право на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей (при необходимости): документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Выбранную образовательную организацию №\_\_\_\_\_ посещает(ют) брат(-ья)/сестра(ы)

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

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

Степень родства (нужное подчеркнуть): родитель; опекун; лицо, действующее от имени законного представителя.

Способ связи (нужное подчеркнуть): электронная почта, телефон, СМС-сообщение, почтовая связь.

Желаемая дата поступления в образовательную организацию – 1 сентября 20\_\_года.

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| В органы местного самоуправления | |
| Боровский район в сфере образования | |
| от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (ФИО) | |
| зарегистрированного по адресу: | |
| Удостоверение личности: | |
| паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (когда и кем выдан) | |
|  |

Заявление о согласии на обработку персональных данных.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим заявлением я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество ребенка)

родителем/законным представителем которого я являюсь.

Персональные данные предоставляю для обработки в государственных информационных системах «Калужский региональный сегмент единой федеральной межведомственной системы учета контингента обучающихся по основным образовательным программам и дополнительным общеобразовательным программам», «Сетевой город. Образование» в целях:

1) приема заявления, постановки на учет и зачисления детей в образовательные организации, реализующие основную образовательную программу дошкольного образования (детские сады);

2) исполнения обязанностей, вытекающих из требований Федерального закона РФ от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», ФЗ от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»;

3) ведения единой системы учета детей, подлежащих обучению по образовательным программам дошкольного образования;

4) ведения единой базы данных дошкольных образовательных организаций;

5) автоматизации процессов сбора, хранения и анализа статистической информации (посещаемость, движение обучающихся и др.).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, предоставление, в том числе передача третьим лицам:

- органам местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере образования;

- ГБУ КО «Агентство информационных технологий Калужской области»;

- министерству образования и науки Калужской области;

- Министерству образования и науки Российской Федерации;

- Министерству связи и массовых коммуникаций Российской Федерации.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

|  |  |
| --- | --- |
| **Данные ребенка** | **Данные заявителя (родителя/законного представителя)** |
| 1. Фамилия | 1. Фамилия |
| 1. Имя | 1. Имя |
| 1. Отчество | 1. Отчество |
| 1. Дата рождения | 1. Дата рождения |
| 1. Пол | 1. Пол |
| 1. Гражданство | 1. Гражданство |
| 1. Место рождения | 1. СНИЛС |
| 1. Адрес регистрации по месту жительства | 1. Реквизиты документа, удостоверяющего личность (тип документа, серия и номер, дата и место выдачи, кем выдан) |
| 1. Адрес регистрации по месту пребывания |
| 1. Адрес фактического места жительства | 1. Контактная информация (телефон, e-mail) |
| 1. Реквизиты свидетельства о рождении (серия и номер, дата и место выдачи, кем выдано) | 1. Тип заявителя |
| 1. СНИЛС | 1. Документ, удостоверяющий положение законного представителя по отношению к ребенку |
| 1. Группа здоровья |
| 1. Инвалидность (группа, срок действия группы, отдельные категории инвалидности) |
| 1. Наличие потребностей в длительном лечении |
| 1. Наличие потребностей в адаптированной программе обучения |

Срок, в течение которого действует согласие: с даты подписания настоящего заявления до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении.

Я ознакомлен(а), что настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в образовательную организацию письменного заявления об отзыве согласия.

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

(дата) (подпись)