|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ОГБУ ДО ДООЦ «Светлячок»Косаеву Николаю Викторовичуот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО родителя полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проживающего (ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_электронная почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество ребенка полностью, дата рождения)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ученика (цы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса школы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование школы)*

в Детский оздоровительно-образовательный центр «Светлячок» на

 **1 смену с 07.06.2024 по 27.06. 2024**

 **2 смену с 01.07. 2024 по 14.07. 2024**

 **3 смену с 18.07. 2024 по 07.08. 2024**

 **4 смену 11.08. 2024 по 24.08. 2024**

*( - выбрать нужную смену!)*

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

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Прошу зачислить моего ребенка на **обучение по дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, реализующейся в рамках организации образовательной и развивающей деятельности во время пребывания ребенка
в ДООЦ «Светлячок».

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

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

С Уставом, Лицензией, Программой смены, Правилами пребывания детей в ДООЦ «Светлячок», и другими нормативными документами ознакомлен (а):

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

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Даю/ не даю согласие на участие ребенка в спортивных мероприятиях, проводимых в
***(нужное подчеркнуть)***

ДООЦ «Светлячок» в рамках утвержденной образовательной программы соответствующей смены ДООЦ «Светлячок».

Даю/ не даю согласие на психолого-педагогическое сопровождение моего ребенка в

 ***(нужное подчеркнуть)***

ДООЦ «Светлячок», включающее: - психологическую диагностику; - участие ребенка в развивающих занятиях; - консультирование родителей (по желанию); - посещение ребенком коррекционно-развивающих занятий (по желанию). Специалист обязан не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной диагностики с ребёнком и его родителями (законным представителем).

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

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

проживающий(ая) по адресу (регистрация) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь родителем (законным представителем) (Ф.И.О. ребенка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее — ребенка), в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку ОГБУ ДО ДООЦ «Светлячок» (далее – Оператор), расположенному по адресу: 433825 Ульяновская область, Николаевский район, п. Белое озеро, персональных данных ребенка и своих персональных данных.

Согласие дается мною для целей обеспечения оказания Оператором услуг в организации отдыха и оздоровления детей в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. N 124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации", обеспечения оказания в электронном виде государственных и муниципальных услуг в сфере отдыха и оздоровления детей на территории Ульяновской области в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2010 N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг" и Распоряжения Правительства Российской Федерации от 17.12.2009 № 1993-р.

Настоящее согласие распространяется на следующую информацию: ФИО; дата рождения; реквизиты свидетельства о рождении: серия и номер, дата выдачи, кем выдан; реквизиты документа, удостоверяющего личность: тип документа, серия и номер, дата и место выдачи, кем выдан; адрес регистрации по месту жительства; адрес регистрации по месту пребывания; адрес фактического места жительства; информация о трудной жизненной ситуации; родители (или иные законные представители): Мать: ФИО, реквизиты документа, удостоверяющего личность. Отец: ФИО, реквизиты документа, удостоверяющего личность. Законный представитель (не являющийся родителем): тип законного представителя, ФИО, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, документ, удостоверяющий положение законного представителя по отношению к ребенку; общеобразовательная организация; класс обучения.

До моего сведения доведена информация, что Оператор принимает необходимые и достаточные технические и организационные меры для защиты персональных данных ребенка и моих персональных данных от неправомерного или случайного доступа, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения, а также от иных неправомерных действий с ними со стороны третьих лиц.

Согласие предоставляется на осуществление действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая передачу в организацию отдыха детей и их оздоровления, в целях обеспечения оказания в электронном виде услуг в сфере отдыха и оздоровления через региональный портал государственных услуг, в статистических или иных исследовательских целях, направленных на повышение качества отдыха и оздоровления детей.

Настоящее согласие действует с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

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

 подпись лица, давшего согласие Ф.И.О.

Приложение № 2

к приказу Министерства здравоохранения РФ

от 20 декабря 2012 г. № 1177н

*(в ред. от 10 августа 2015 г.)*

**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/законного представителя) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * «
 | «  | » |  |  г. рождения, зарегистрированный по адресу: |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | , |
| (адрес места жительства родителя/законного представителя) |  |

даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

|  |  |
| --- | --- |
| **Областном государственном бюджетном учреждении дополнительного образования Детский оздоровительно-образовательный центр «Светлячок», действующий на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01188-73/00305616 от 22.04.2016** | . |
| (полное наименование медицинской организации) |  |
| Медицинским работником |  |
|  | (должность, Ф. И. О. медицинского работника) |
|  |

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь,

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |
| (Ф. И. О. **ребенка**) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. **законного представителя гражданина**) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  |  г. |
|  |  |  | (дата оформления) |  |