|  |  |
| --- | --- |
| Учетныйномер Зачисленв классПриказ№ от .20 г. Директор А.В.Климович | ДиректоруМБОУСОШ №19 г.Коврова Климович А. В.от  (ФИО)проживающей(его) по адресу:тел.  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего(ю) сына (дочь)

(ФИОребёнка)

число, месяц, год рождения ребёнка ,место рождения адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребёнка:

*адрес прописки:*

*адрес проживания*

в класс МБОУ СОШ№19 на2 0 -20 уч.г и определить ему(ей) очную форму обучения.

Сведения ородителях (законных представителях):

фамилия, имя, отчество,дата рождения родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка

*мама*

*папа*

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя(ей) (законного(ых)

представителя(ей) ребенка:

Адрес(а) электронной почты родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей )ребенка:

*мама папа* Номер(а) телефона(ов) родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка:

*мама папа*

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема:

Сведения оп отребности ребенка в обучении п оадаптированной образовательной программеи (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии) или инвалида(ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации:

Согласиеродителя(ей) (законного(ых)представителя(ей) ребенка на обучении еребенка по

адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе):

С Уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со

свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а), с требованиями ношения школьной формы ознакомлен(а),.

 (подпись) (расшифровка)

Согласен на обработку своих персональных данных и персональных данных ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

 (подпись) (расшифровка)

К заявлению прилагаю следующие документы:

Дата подачи заявления

Подписьзаявителя

Расшифровка подписи заявителя

Уведомление о приеме документов получил(а)

дата подпись

Очередность по списку

Подпись принявшего документы

Директору

МБОУ СОШ № 19г. Коврова

Климович А.В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

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

(адрес места жительства)

**Заявление – согласие**

**на обработку персональных данных обучающегося**

Я, родитель (законный представитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О)

паспорт серии\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года, адрес регистрации по месту жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации по месту пребывания\*

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-Ф3 «О персональных данных» даю согласие Муниципальному бюджетному общеобразовательному учреждению средней общеобразовательной школе № 19 города Коврова (МБОУ СОШ № 19 г. Коврова) (далее – Оператор), расположенному по адресу: Россия, Владимирская область, город Ковров, улица Пионерская, дом 8, на обработку в документальной и/или электронной форме персональных данных моего/ей сына/дочери (подопечного) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О сына, дочери, подопечного)

а именно: *фамилию, имя, отчество; дату рождения; место рождения; пол; гражданство; паспортные данные, номер свидетельства о рождении, дате его выдачи и выдавшем его органе; адрес места жительства, адрес и дату регистрации; номера телефонов; номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; фотография» сведения о состоянии здоровья; иные данные, необходимые для учебно-воспитательного процесса, участия в проектах, конкурсах, предоставления компенсационных выплат, проведения медицинского обслуживания.* Обработка персональных данных осуществляется в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего/ей сына/дочери (подопечного), включая сбор, учет, систематизацию, хранение, уточнение (обновление, изменение), накопление, использование, обезличивание, блокирование. Оператор обязуется использовать персональные данные моего сына/дочери (подопечного) для функционирования информационных систем обеспечения и мониторинга учебного процесса, публикации на сайте Школы учебных достижений моего сына/дочери (подопечного), научной, организационной и финансово-хозяйственной деятельности МБОУ СОШ № 19 г. Коврова в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Оператор может раскрыть органам законодательной, исполнительной власти федерального, регионального и местного уровней любую информацию по официальному запросу в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Характер обработки вышеперечисленных персональных данных: не автоматизированная, автоматизированная обработка с использованием средств вычислительной техники. Я утверждаю, что ознакомлен с документами МБОУ СОШ № 19 г. Коврова, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области. Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течении срока хранения личного дела. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи