

Руководителю ресурсного центра по организации
сопровождения детей с ОВЗ и инвалидностью
КОГОбУ ШИ ОВЗ пгт Опарино
А.Н.Бабкиной

от _____

(ФИО законного представителя)

Тел: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ/Заявка

Прошу провести **комплексную психолого-педагогическую диагностику** ребёнка
(ФИО ребёнка, дата рождения) _____

- консультацию по вопросу сопровождения детей с ОВЗ и инвалидностью

указать вопрос

**-консультацию по вопросам разработки и реализации адаптированных основных
образовательных программ для обучающихся** _____

указать категорию нарушений

- консультацию по вопросам сопровождения детей с ОВЗ и инвалидностью

указать вопрос

Дата _____ Подпись _____ / _____ /

(фамилия, инициалы)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
проживающая(ий) _____ по _____ адресу:

Паспорт серия _____ № _____ выдан (когда и кем) _____

контактный телефон _____, являясь законным представителем
ребёнка _____

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью, дата рождения)

на основании свидетельства о рождении/опекунского удостоверения/иное _____ :
№ _____ от _____, **даю свое согласие на обработку персональных данных**
ребенка в Ресурсный центр по организации сопровождения детей с ОВЗ и инвалидностью КОГОБУ ШИ ОВЗ пгт Опарино, к
которым относятся:

- Данные, удостоверяющие личность ребенка (свидетельство о рождении или паспорт);
- Данные о возрасте и поле;
- Данные о гражданстве;
- Данные медицинской карты;
- Данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций;
- Ф.И.О. родителя/ законного представителя, кем приходится ребенку, адресная и контактная информация;
- Сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищенных обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (ребёнок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребенок-сирота);
- Форма получения образования ребенком;
- Изучение русского (родного) и иностранных языков;
- Сведения об успеваемости и внеучебной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам);
- Данные психолого-педагогической характеристики;
- Форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования;
- Отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях;
- Данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний/ о рекомендациях к обучению в образовательной организации; данные медицинских обследований, медицинские заключения);
- Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия ребенку в реализации его конституционного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих; контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества.

Настоящим подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанным выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам по запросу в рамках Российского законодательства), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством РФ. РЦ КОГОБУ ШИ ОВЗ пгт Опарино гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что РЦ КОГОБУ ШИ ОВЗ пгт Опарино будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Я, _____
(фамилия, имя отчество родителя ребенка полностью)

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребёнка.

Дата _____ Подпись _____ / _____ /
(фамилия, инициалы)