|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору МБУ СШОР по баскетболу М.Н.Фролова |
|  | От родителя (законного представителя),------------------------- |
|  | Отец: Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Мать: Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**заявление**

Прошу принять моего сына (дочь)

Фамилия (ребенка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на обучение в МБУ СШОР по баскетболу по дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе физкультурно-спортивной направленности «Баскетбол»

ОЗНАКОМЛЕН: с Уставом МБУ СШОР по баскетболу, лицензией на право ведения образовательной деятельности, основными дополнительными общеобразовательными программамии другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**Документы необходимые для зачисления**

Медицинская справка с печатью поликлиники и допуском к занятиям по баскетболу

Копия свидетельства о рождении (копия паспорта – при наличии)

Согласие на обработку персональных данных

 «\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись расшифровка

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных обучающихся

 МБУ СШОР по баскетболу

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю оператору - муниципальному бюджетному учреждению «Спортивная школа олимпийского резерва по баскетболу», (МБУ СШОР по баскетболу), находящемуся: 160014 г. Вологда, Некрасовский пер.д.15-а, согласие на обработкуперсональных данных моего ребенка либо ребенка, находящегося под опекой (попечительством) (нужное подчеркнуть):

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обучается в общеобразовательном учреждении \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»

Посещает Д/с №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группа\_\_\_\_\_\_\_\_Не посещает дошкольное учреждение: ДА/НЕТ

 (подчеркнуть)

Домашний адрес

(место фактического проживания):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вышеуказанные персональные данные представлены с целью использования МБУ СШОР по баскетболу для формирования на всех уровнях управления образовательным учреждением справочных данных учащегося контингента в целях осуществления образовательной деятельности, индивидуального учета результатов освоения обучающимися образовательных программ учреждения, хранения в архивах данных об этих результатах, предоставления мер социальной поддержки, формирования баз данных для обеспечения принятия управленческих решений, в том числе подготовке локальных актов по образовательному учреждению, а также в целях исполнения законодательных актов РФ и органов местного самоуправления в сфере физической культуры и спорта.

Я даю согласие на передачу: персональных данных, в муниципальное казенное учреждение «Централизованная бухгалтерия, обслуживающая муниципальные учреждения города Вологды», находящемуся по адресу:160000 г. Вологда, Чернышевского, 63

Настоящее согласие предоставляется на осуществление оператором либо лицом, осуществляющим обработку по поручению оператора, действий в отношении вышеуказанных персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, уничтожение персональных данных автоматическим способом, либо без использования средств автоматизации.

Даю согласие на опубликование в средствах массовой информации вышеуказанных персональных данных, а также фотоизображения ребенка и их использование при составлении отчетов в вышестоящие организации о результатах соревнований, передачи информации о достижениях ребенка в процессе обучения в МБУ СШОР по баскетболу.

Данное согласие действует в течение всего периода обучения в МБУ СШОР по баскетболу, а также и в период хранения документов, в соответствии с законодательством РФ.

Данное согласие может быть в любое время отозвано в любое время. Отзыв оформляется в письменном виде.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 расшифровкаподписи