

И.о. директор МБОУ Школы № 16 А.М. Селиверстову

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью)

адрес места жительства и (или) адрес места  
пребывания \_\_\_\_\_ родителя(ей) \_\_\_\_\_ (законного)  
представителя \_\_\_\_\_ ребенка

город \_\_\_\_\_

ул. \_\_\_\_\_ Д. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

адрес(а) электронной почты \_\_\_\_\_,

телефон родителей (законных представителей) ребенка \_\_\_\_\_.

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка (дочь, сына) \_\_\_\_\_  
(Ф.И. О. ребенка полностью)

\_\_\_\_\_ (дата рождения ребенка, адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка)

в \_\_\_\_\_ класс МБОУ Школы № 16 на \_\_\_\_\_ форму обучения. (очной, очно-заочной,  
заочной)

Окончил (а) \_\_\_\_\_.  
(название учреждения (детский сад №, школа №)

**Ознакомлен(а)** с уставом МБОУ Школы № 16, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с учебно-программной документацией и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности \_\_\_\_\_.

(подпись)

Право внеочередного, первоочередного или преимущественного приема: \_\_\_\_\_;  
имею/не имею

Потребность ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и(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: \_\_\_\_\_;

(имею/не имею)

При наличии потребности на обучение по адаптированной образовательной программе даю согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение по адаптированной образовательной программе \_\_\_\_\_.

(Согласен, подпись)

-согласие поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) \_\_\_\_\_.

(Согласен, подпись)

**Ознакомлен(а)** с правом выбора до окончания ребенком основного общего образования, с учетом мнения ребенка и рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии (при их наличии): формы обучения и получения образования, организации, осуществляющей образовательную деятельность, языка образования, факультативных и элективных учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей) из перечня, предлагаемого образовательной организацией.

- язык образования (в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке) \_\_\_\_\_;

- родной язык из числа языков народов Российской Федерации (в случае реализации права на изучение родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка) \_\_\_\_\_;

Согласие родителя(ей) (законного представителя) ребенка или поступающего на обработку персональных данных на обработку персональных данных МБОУ Школы № 16

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

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

свободно, своей волей и в своем интересе, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Школы № 16» города Сарова, расположенного по адресу: 607185, Нижегородская область, г. Саров, ул. Герцена, д.5 (далее - Оператор), на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) Оператором информации, содержащей персональные данные ученика \_\_\_\_\_:

(фамилия, имя, отчество ученика)

фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, адрес, реквизиты свидетельства о рождении, реквизиты документа, удостоверяющего личность (если есть), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования, номер класса, сведения о составе семьи, психолого-педагогическая характеристика и иные данные в целях оказания ученику услуги в сфере образования, обеспечения учебного процесса, медицинского обслуживания с соблюдением необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Оператор вправе осуществлять обработку персональных данных в имеющихся информационных системах, отчетах (реестрах), информационно-телекоммуникационных сетях, размещать изображения и сведения об успехах ученика на официальном сайте гимназии и информационных стендах, включать в реестры и отчетные формы для передачи сведений третьим лицам, в соответствии с законодательством и нормативными документами. Оператор имеет право в целях выполнения требований законодательства Российской Федерации в сфере образования, а также в целях принятия участия в конкурсах, олимпиадах, соревнованиях и других мероприятиях предоставлять персональные данные ученика следующим юридическим лицам: Департамент образования Администрации г.Саров, образовательные организации, субъекты профилактики с использованием бумажных, цифровых носителей или по каналам связи, с соблюдением необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Даю согласие Оператору на обработку информации, содержащей мои персональные данные: фамилия, имя, отчество, адрес, паспортные данные.

Срок действия Согласия **до окончания школы** с даты подписания Согласия. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес МБОУ Школы № 16с указанием причины отзыва.

Я предупрежден (а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп. 2- 11 ч. 1 ст. 6 Федерального закона «О персональных данных».

Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)