**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающей (ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный (кем, когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь законным представителем (ФИО ребенка, дата рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

на основании свидетельства о рождении/опекунского удостоверения/иное

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **даю свое согласие на обработку** в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Новосибирска по адресу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**персональных** **данных ребенка,** к которым относятся:

* данные, удостоверяющие личность ребенка (свидетельство о рождении или паспорт);
* данные о возрасте и поле;
* данные о прибытии или убытии в(из) образовательной организации;
* ФИО родителя/законного представителя ребенка, адресная и контактная информация;
* сведения о попечительстве, опеке, документы (сведения) подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации (ребенок-инвалид, родитель-инвалид, многодетная семья, неполная семья, опека, ребенок-сирота);
* форма получения образования ребенком;
* изучение русского (родного) и иностранных языков;
* сведения об успеваемости и внеучебной деятельности;
* данные психолого-педагогической характеристики;
* форма и результат участия в ЕГЭ, ГИА;
* форма обучения, продолжительность обучения;
* данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, хронические заболевания, медицинские заключения, данные медицинских обследований).

**Я даю свое согласие на использование персональных данных ребенка в целях:**

* обеспечение соблюдения закона и иных правовых актов,
* учета реализации прав обучающихся на получения образования в соответствии с
* Федеральными государственными стандартами,
* учета обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите,
* учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья, проживающих на территории города Новосибирска,
* использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещения в информационно-коммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним в соответствии с законодательством РФ,
* заполнения базы данных автоматизированной информационной системы учета
* детей с ограниченными возможностями здоровья города Новосибирска с целью

повышения эффективности управления образовательным процессом. Проведения

мониторинга в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества и доступности образования,

* обеспечения личной безопасности учащихся.

Настоящее Согласие предоставляется на осуществление в отношении персональных данных следующих действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование обезличенных данных для статистических и аналитических отчетов.

Я проинформирован(а) о том, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации; что согласие

может быть отозвано мною путем направления в Территориальную психолого-медико- педагогическую комиссию города Новосибирска письменного заявления.

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

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

ребенка.

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

**Обязуемся сохранять конфиденциальность представленной информации:**

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель |  |
| Учитель-логопед |  |
| Педагог-психолог |  |
| Учитель-дефектолог |  |
| Невролог |  |
| Администратор | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |