

МКОУ "СШ № 11"

От \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ**

Прошу зачислить на обучение по дополнительной общеобразовательной программе естественнонаучной направленности "Оказание первой медицинской помощи", начиная с модуля: "1. Первая помощь" (далее – Программа) Обучающемуся, сведения о котором указаны ниже

Сведения о родителе (законном представителе):

Фамилия, имя и отчество родителя (законного представителя):	
Телефон родителя (законного представителя):	
Место жительства родителя (законного представителя):	

Сведения об Обучающемся:

Номер сертификата дополнительного образования:	
Фамилия, имя и отчество обучающегося:	
Дата рождения обучающегося:	
Место жительства обучающегося:	
Телефон обучающегося:	

С дополнительной общеобразовательной программой, уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности МКОУ "СШ № 11", с правами и обязанностями обучающихся ознакомлен.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись                      расшифровка

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
паспорт № \_\_\_\_\_, выданный «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, являясь родителем (законным представителем)  
\_\_\_\_\_ проживающего по адресу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, в соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку персональных данных, а именно:

- фамилия, имя, отчество;
- сведения о паспорте (серия, номер, дата и место получения);
- место жительства;
- номер телефона;
- фамилия, имя, отчество ребёнка;
- дата рождения ребёнка;
- место жительства ребенка;
- номер телефона ребёнка;
- сведения о записи на программы дополнительного образования и их посещениях.

поставщику образовательных услуг МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЁННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СРЕДНЯЯ ШКОЛА № 11" Г.ПАЛЛАСОВКИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ, юридический адрес которого: 404263, Волгоградская обл, Палласовский р-н, г. Палласовка, ул. Мира, д. 9, в целях организации обучения по выбранным образовательным программам. Предоставляю право осуществлять обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление персональных данных иным участникам системы персонифицированного дополнительного образования в целях, определенных настоящим согласием, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Данное Согласие действует с момента подписания и до истечения сроков, установленных действующим законодательством Российской Федерации, а также может быть отозвано по письменному заявлению.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

Расшифровка