

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, (ФИО) _____,
проживающий (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 МБУ ДПО «ГЦОиЗ
«Магистр» 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:

- обеспечения 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.

Дата _____ Подпись _____ / _____

Обязуемся сохранять конфиденциальность представленной информации:

Руководитель _____

Учитель-логопед _____

Педагог-психолог _____

Социальный педагог _____

Учитель-дефектолог _____

Невролог _____

Администратор _____