Приложение 1

к договору об образовании

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) на основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ. Настоящим даю свое согласие на обработку в ДОУ персональных данных моего ребенка, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

* ФИО ребёнка, данные свидетельства о рождении, данные свидетельства обязательного медицинского страхования ребёнка, сведения о состоянии здоровья ребёнка, ФИО родителей, паспортные данные родителей, место работы родителей, должность, сведения об образовании, сведения о месте регистрации, проживания, родителей и ребёнка, социальный статус, контактная информация: телефоны родителей (домашний, рабочий, сотовый)

Настоящее согласие предоставляется на осуществление сотрудниками ДОУ следующих действий в отношении персональных данных ребенка: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (только в указанных выше целях).

Я согласен(а) со следующими действиями с персональными данными Воспитанника:

-обработка персональных данных в защищенной в установленном порядке автоматизированной информационной системе образовательного учреждения **«АСИОУ 7»**;

-обработка персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Данное Согласие действует с момента подписания до отчисления ребёнка из образовательной организации. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение 2

к договору об образовании

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ РЕБЁНКА**

**НА ПУБЛИКАЦИЮ ФОТОГРАФИЙ, ДЕТСКИХ РАБОТ, ЭЛЕМЕНТОВ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА САЙТЕ ДОУ**

<http://mdou96.edu.yar.ru>

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСЕН | НЕ СОГЛАСЕН |
|  |  |

**С уставом и документами, регламентирующими права и обязанности воспитанников и родителей ознакомлен:**

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

Приложение 3

к договору об образовании

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)**

**НА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА В ДОУ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) настоящим даю свое **согласие (отказ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** на психолого-педагогическое сопровождение в муниципальном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад № 96», расположенного по адресу: г.Ярославль, ул. Чернопрудная, д.14 своего сына/ дочери/ подопечного

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

(Ф.И.О.) (дата рождения)

включая следующие виды работ: психолого-педагогическая диагностика, психологическая профилактика, психолого-педагогическая коррекция и развитие, психологическое просвещение, психолого-педагогическое консультирование; социально-психологическое проектирование; социально-психологический мониторинг; социально-психологическая экспертиза.

Данное согласие действует до окончания действия договора об образовании.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка.

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

Данная форма Согласия разработана во исполнение ст. 42 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ, п.3.2.3 ФГОС ДО.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  МДОУ «Детский сад № 96»  150022, Ярославская обл., Ярославль г., Чернопрудная ул., д. 14  Банковские реквизиты:  ИНН 7604333559  КПП 760401001  департамент финансов мэрии города Ярославля (МДОУ «Детский сад № 96», лс 803.04.528.5)  р/с 40701810278883000001  в Отделении по Ярославской области Главного управления Центрального банка Российской Федерации по Центральному федеральному округу  [БИК](garantF1://455333.0)047888001  Заведующий МДОУ «Детский сад № 96»:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Э.Ю.Клишина  М.П. | **Заказчик**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя и отчество)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (паспортные данные)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места жительства)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (телефон)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  Отметка о получении 2-го экземпляра  Заказчиком  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Информированное добровольное согласие**

**на проведение диспансеризации и обработку персональных данных**

**на период пребывания ребенка в МДОУ «Детский сад № 96»**

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

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» года рождения

адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется законным представителем несовершеннолетнего)

***Даю информированное добровольное согласие/несогласие на проведение диспансеризации*** в отношении ребенка в возрасте от 0 до 15 лет (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***в установленном министерством здравоохранения РФ порядке:***

1. Медицинский осмотр врачами-специалистами: педиатром, неврологом, офтальмологом, детским хирургом, оториноларингологом, ортопедом, стоматологом, эндокринологом (с возраста 5 лет), гинекологом (для девочек), психиатром, фтизиатром.

2. Исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, уровень глюкозы в крови. ***Даю согласие на обработку, систематизацию, хранение и использование медицинской организацией персональных данных с целью ведения медицинской документации.*** Срок обработки: бессрочно. Я оставляю за собой право в любое время отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю учреждения. С порядком диспансеризации ознакомлен (а)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Расшифровка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**на период пребывания ребенка в МДОУ «Детский сад № 96»**

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

**Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя**

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя**

даю информированное добровольное согласие/несогласие на медицинское вмешательство, предложенное гражданину, чьим законным представителем я являюсь

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

**Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель**

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель**

медицинское вмешательство: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), первичный осмотр, скорая неотложная помощь , консультация узких специалистов, измерение роста, веса, окружности грудной клетки, артериального давления, t° тела, исследование на яйца глистов и энтеробиоз.

необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием) , осуществляемое медицинским работником старшей медсестрой МДОУ «Детский сад № 96» Карижской Е.В.

**должность, Ф.И.О. медицинского работника**

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г №323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись,                                 Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись,                                                               Ф.И.О. медицинского работника

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия

**Расписка №\_\_\_\_**

дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя)

в том, что в МДОУ «Детский сад № 96» г. Ярославля представлены следующие документы для приема ребенка в детский сад **(нужное отметить)**:

1. заявление родителей / законных представителей на имя заведующего МДОУ «Детский сад № 96, **регистрационный номер** **№** \_\_\_\_\_.
2. документ, удостоверяющего личность родителя / законного представителя (паспорт).
3. копию свидетельства о рождении или документ, подтверждающего родство заявителя (или законность представления прав обучающегося).
4. копию свидетельства о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания на закрепленной территории.
5. медицинское заключение о состоянии здоровья ребенка.
6. дополнительно для ребенка являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства (на русском языке или вместе с заверенным в установленном порядке переводом на русский язык):

- копия документа, подтверждающего родство заявителя (или законность представления прав обучающегося);

- копия документа, подтверждающего право заявителя на пребывание в Российской Федерации.

1. Рекомендации психолого -медико-педагогической комиссии от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г. № \_\_\_

8. личное дело ( при зачислении в детский сад МДОУ «Детский сад № 96» в порядке перевода)

**Расписку выдал:** заведующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Клишина Э.Ю. /

(подпись)

**Расписку получил (а):**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (расшифровка)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.