# МАОУ ДО ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСТВА

ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА

# От

ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ

Прошу оказать образовательную услугу по реализации дополнительной общеобразовательной программы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ направленности "Дополнительная общеобразовательная программа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,начиная с модуля:"1.1годобучения"(далее– Программа) Обучающемуся, сведения о котором указаны ниже

Сведения родителе (законном представителе):

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, 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 МАОУ ДО ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСТВА ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА, с правами и обязанностями обучающихся ознакомлен.

 /подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХДАННЫХ

Я, ,проживающий по адресу

паспорт № ,выданный« » 20 г.

 ,являясь родителем(законным представителем)

 Проживающего по адресу

 ,в соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от27.07.2006г.№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);местожительства;

номер телефона;

фамилия, имя, отчество ребёнка; дата рождения ребёнка;

место жительства ребенка ;номер телефона ребёнка;

сведения о записи на программы дополнительного образования и их посещении.

Поставщику образовательных услуг Муниципальное автономное образовательное учреждение дополнительного образования центр развития творчества детей и юношества Каменского района Пензенской области, юридический адрес которого: Пензенская обл, г Каменка, ул Белинская, д 119, 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 так же может быть отозвано по письменному заявлению.

« » 20 г. / /

Подпись Расшифровка