

Заведующему  
муниципального дошкольного образовательного  
учреждения  
«Детский сад № 15» Энгельского муниципального  
района  
Саратовской области  
Е.А.Любаковой

(указать фамилию, имя, отчество полностью)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

### **Заявление о согласии родителей (законных представителей) на обработку персональных данных своих и своего ребенка**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО, далее – «Законный представитель»), действующий(ая) от себя и от имени своего  
несовершеннолетнего(ей):

(ФИО ребенка, дата рождения),

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, когда выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
кем выдан \_\_\_\_\_,

даю согласие МДОУ «Детский сад № 15», в лице заведующего Любаковой Е.А.,  
действующего на основании Устава, на обработку персональных данных своих и своего  
ребёнка, а именно на сбор, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование,  
обезличивание, блокирование, передачу и уничтожение следующих персональных данных:

- данные свидетельства о рождении воспитанника;
- паспортные данные родителей (законных представителей);
- данные, подтверждающие законность представления прав ребёнка;
- адрес регистрации и проживания, контактные телефоны воспитанника и  
родителей (законных представителей);
- сведения о месте работы (учебы) родителей (законных представителей);
- сведения о состоянии здоровья воспитанника;
- данные страхового медицинского полиса воспитанника;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) воспитанника;
- данные о банковских реквизитах родителя (законного представителя);

В целях: осуществления уставной деятельности МДОУ, обеспечения соблюдения  
требований законов и иных нормативно-правовых актов, а также предоставления  
сторонним лицам (включая органы государственного и муниципального управления) в  
рамках требований законодательства Российской Федерации.

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден(а).

Обработка, передача персональных данных разрешается на период посещения  
ребёнком учреждения, а также на срок хранения документов содержащих вышеуказанную  
информацию, установленный нормативно-правовыми актами Российской Федерации.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением о защите персональных данных  
воспитанников и родителей (законных представителей) муниципального дошкольного  
образовательного учреждения «Детский сад № 15», правами и обязанностями в области  
защиты персональных данных.

Настоящее согласие может быть отозвано путем направления мною письменного  
заявления не менее чем за 3 дня до момента отзыва согласия.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Заведующему  
муниципального дошкольного образовательного  
учреждения  
«Детский сад № 15» Энгельского муниципального  
района  
Саратовской области  
Е.А.Любаковой

(указать фамилию, имя, отчество полностью)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)  
НА УЧАСТИЕ РЕБЕНКА В ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКИХ, МЕДИЦИНСКИХ  
ОБСЛЕДОВАНИЯХ**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, когда выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
кем выдан \_\_\_\_\_,

являясь родителем / законным представителем воспитанника (цы) \_\_\_\_\_,  
дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года,

настоящим даю свое разрешение на участие моего ребенка в психолого- педагогических  
обследованиях, логопедических обследованиях, в медицинских обследованиях, которые  
проводятся в муниципальном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад №  
15» Энгельского муниципального района Саратовской области, находящимся по адресу:  
413116, Саратовская область, г. Энгельс, ул. Весенняя, д.10а, в целях наиболее полного  
исполнения образовательным учреждением своих обязанностей и компетенций,  
определенных Федеральным Законом РФ от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в  
Российской Федерации» ", а также принимаемыми в соответствии с ним другими  
законами и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации в области  
образования.

Я информирован(а), что муниципальное дошкольное образовательное учреждение  
«Детский сад № 15» Энгельского муниципального района Саратовской области  
гарантирует мне:

- получение информации обо всех видах планируемых обследований;
- конфиденциальность полученных в ходе обследования данных (данные  
обследования моего ребенка) подопечного) могут быть использованы для составления  
обобщенного заключения об особенностях развития детей определенного возраста или  
входящих в единый коллектив, при этом фамилия и имя ребенка упоминаться не будет);

- получение информации о результатах проведенных обследований ребенка и  
консультации специалистов в случае возникновения вопросов.

*Конфиденциальность может быть нарушена в следующих случаях:*

- если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам;
- если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими лицами;
- если материалы работы будут затребованы правоохранительными органами.

О таких ситуациях родители (законные представители) будут информированы.

Я оставляю за собой право отозвать свое разрешение посредством составления  
письменного заявления, которое может быть направлено мною в адрес МДОУ «Детский  
сад № 15» администрации.

Я подтверждаю, что, давая такое разрешение, я действую по собственной воле и в  
интересах своего ребенка (подопечного).

Дата: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Заведующему  
муниципального дошкольного образовательного  
учреждения  
«Детский сад № 15» Энгельского муниципального  
района Саратовской области  
Е.А.Любаковой

\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество полностью)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)  
НА ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И  
СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В ДЕТСКОМ САДУ**

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, когда выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
кем выдан \_\_\_\_\_,

являюсь родителем / законным представителем воспитанника(цы)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года,

(Ф.И.О. ребенка)

дата рождения

настоящим даю свое согласие на оказание психолого-педагогической, медицинской помощи и социальное сопровождение, которые проводятся в МДОУ «Детский сад № 15», находящимся по адресу: 413116, Саратовская область, г. Энгельс, ул. Весенняя, д.10 а, в целях наиболее полного исполнения образовательным учреждением своих обязанностей и компетенций, определенных Федеральным Законом РФ от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», а также принимаемыми в соответствии с ним другими законами и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации в области образования.

Социальное сопровождение включает в себя:

1. Повышение уровня компетентности родителей по психолого-педагогическим, медицинским и социально – правовым вопросам.
2. Вовлечение семей воспитанников в образовательное пространство детского сада и привлечение их к сотрудничеству в вопросах развития детей.
3. Изучение психолого-педагогических особенностей, отклонений в поведении детей, оказание своевременной психолого-педагогической и медицинской помощи и поддержки.
4. Планирование работы по выполнению Федерального закона РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и организация работы по реализации окружных программ «Социум», «Семья», «Образование и здоровье».
5. Сбор и накопление информации о детях, нуждающихся в социальной защите и выявление социально опасных семей.
6. Работа с социально опасными семьями.
7. Изучение опыта работы, связанного с охраной прав детей и воспитанием.
8. Проведение консультаций с родителями по вопросам социальной адаптации детей.
9. Координация работы всех служб ДОУ, направленной на реализацию задач социального развития ребёнка.

Я подтверждаю, что, давая такое разрешение, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка (подопечного).

Дата: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Заведующему  
муниципального дошкольного образовательного  
учреждения  
«Детский сад № 15» Энгельского муниципального  
района  
Саратовской области  
Е.А.Любаковой

\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество полностью)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

**РАЗРЕШЕНИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)  
НА УЧАСТИЕ РЕБЕНКА В ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**  
( хозяйственно бытовой труд, самообслуживание, труд в природе)

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, когда выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
кем выдан \_\_\_\_\_,

являясь родителем / законным представителем воспитанника (цы) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ года рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года,  
(Ф.И.О. ребенка)

настоящим даю свое разрешение на участие моего ребенка в хозяйственно бытовом труде, самообслуживании, труде в природе, которые проводятся в муниципальном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад № 15» Энгельского муниципального района Саратовской области, находящегося по адресу: 413116, РФ, Саратовская область, г.Энгельс, ул.Весенняя д.10а, в целях наиболее полного исполнения образовательным учреждением своих обязанностей и компетенций, определенных Федеральным законом от 29.12.2012 года № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации", а также принимаемыми в соответствии с ним другими законами и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации в области образования.

Я оставляю за собой право отозвать свое разрешение посредством составления письменного заявления, которое может быть направлено мною в адрес МДОУ «Детский сад №15» администрации.

Я подтверждаю, что, давая такое разрешение, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка (подопечного).

Дата: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ /

Заведующему  
муниципального дошкольного образовательного  
учреждения  
«Детский сад № 15» Энгельсского муниципального  
района  
Саратовской области  
Е.А.Любаковой

\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество полностью)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ФОТО-ВИДЕОСЪЕМКИ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ  
СВОЕГО РЕБЁНКА**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО, далее «Законный представитель»)

действующий(ая) от себя и от имени своего несовершеннолетнего(ей):

\_\_\_\_\_ (ФИО ребенка, дата рождения)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, когда выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
кем выдан \_\_\_\_\_

даю согласие МДОУ «Детский сад № 15» на проведение фото, видеосъемки моего ребенка и на размещение на официальном сайте МДОУ «Детский сад № 15» по адресу: <https://ds15-engels-r64.gosweb.gosuslugi.ru/>, в социальных сетях «В контакте», «Одноклассники», «Телеграм» и в групповых родительских уголках следующих персональных данных:

- фотографии своего ребёнка;
- видеоматериалов (видеозаписей моего ребенка/моих);
- данных свидетельства о рождении ребенка, а именно: фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения.

В целях: осуществления уставной деятельности МДОУ, обеспечения соблюдения требований законов и иных нормативно-правовых актов законодательства Российской Федерации.

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден(а).

Обработка, передача персональных данных разрешается на период посещения ребёнком учреждения, а также на срок хранения документов содержащих вышеуказанную информацию, установленный нормативно-правовыми актами Российской Федерации.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением о защите персональных данных воспитанников и родителей (законных представителей) муниципального дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 15», правами и обязанностями в области защиты персональных данных.

Настоящее согласие может быть отозвано путем направления мною письменного заявления не менее чем за 3 дня до момента отзыва согласия.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

\_\_\_\_\_ (подпись)

Заведующему  
муниципального дошкольного образовательного  
учреждения  
«Детский сад № 15» Энгельсского муниципального  
района  
Саратовской области  
Е.А.Любаковой

\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество полностью)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ВИТАМИНИЗАЦИИ 3 БЛЮД**

Я, \_\_\_\_\_, даю свое согласие на проведение «С» -витаминизации 3-х блюд (компот, кисель) в дошкольном учреждении из расчета для детей от 1 года до 3 лет - 35 мг, для детей от 3 лет - 6 лет - 50,0 мг на порцию, либо использование специализированной пищевой продукции промышленного выпуска, обогащенной витаминами и микроэлементами, либо витаминизированных напитков промышленного выпуска и выдачу их моему ребенку, норма которых предусмотрена п.8.1.6. «Санитарно-эпидемиологических требований к организации общественного питания населения» (СанПиН 2.3/2.4.3590-20).

\_\_\_\_\_ (ФИО ребенка, дата рождения)

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

\_\_\_\_\_ Подпись родителя (законного представителя)

Заведующему  
муниципального дошкольного образовательного  
учреждения  
«Детский сад № 15» Энгельсского муниципального  
района  
Саратовской области  
Е.А.Любаковой

\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество полностью)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

### доверенность

Я, \_\_\_\_\_,  
ФИО, далее – «Законный представитель»

дата рождения \_\_\_\_\_ г., паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, когда выдан  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г., кем выдан \_\_\_\_\_

доверяю своей матери/отцу (иному лицу)

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, когда выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
20 \_\_\_\_\_ г., кем выдан \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_, проживающей по адресу: \_\_\_\_\_

забирать моего(ю) сына(дочь) \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество полностью

\_\_\_\_\_ года рождения из детского сада с \_\_\_\_\_ Г. по \_\_\_\_\_ Г.  
дата рождения дата дата

Всю ответственность за здоровье и жизнь своего ребенка беру на себя.

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ подпись, расшифровка подписи