***Заявление*** ***о*** ***приеме*** ***на*** ***обучение***

МБУ ДО "ЦДТ"

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ** **О** **ЗАЧИСЛЕНИИ**

Прошу оказать образовательную услугу по реализации дополнительной общеобразовательной программы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ направленности "Дополнительная общеобразовательная (общеразвивающая) программа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_", начиная с модуля: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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 МБУ ДО "ЦДТ", с правами и обязанностями обучающихся ознакомлен.

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

***Заявление*** ***о*** ***приеме*** ***на*** ***обучение***

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 посещении.

поставщику образовательных услуг МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

"ЦЕНТР ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА", юридический адрес которого: 431720, Респ Мордовия, Чамзинский р-н, рп. Комсомольский,

ул. Спортивная, д. 2, 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