

## Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью)  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства)

паспорт \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (дата выдачи) (наименование органа, выдавшего паспорт)

являясь на основании \_\_\_\_\_, родителем (законным представителем)  
(реквизиты документа, подтверждающие полномочия родителя (законного представителя))

\_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка (подопечного) полностью)  
проживающего по адресу \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства)

(свидетельство о рождении ребенка) \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего свидетельство о рождении ребенка)  
настоящим подтверждаю свое согласие оператору персональных данных – муниципальному общеобразовательному учреждению лицею №2 на обработку персональных данных моих и моего ребенка в целях осуществления обучения и воспитания в интересах личности, общества, государства, обеспечения охраны здоровья и создания благоприятных условий для разностороннего развития личности и информационного обеспечения управления образовательным процессом:

*сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность:* Фамилия, Имя, Отчество, пол, дата рождения, серия и номер свидетельства о рождении (паспорта), когда и кем выдан, место рождения, гражданство, адрес регистрации и проживания, телефон;

*сведения о родителях (лицах, их заменяющих):* Фамилия, Имя, Отчество, уровень образования, место работы, должность, телефон, адрес регистрации и проживания;

*сведения о семье:* социальный статус, количество детей, полнота семьи;

*данные об образовании:* баллы по предметам ГИА-9, ЕГЭ, серия и номер документа об окончании основной и средней школы, сведения об участии в олимпиадах, конкурсах, спортивных мероприятиях, занятиях в кружках и секциях;

*информация медицинского характера:* рост, вес, сведения о прививках, группа здоровья, физкультурная группа;

*иные документы* (номер ИНН, пенсионного страхового свидетельства, данные медицинского страхового полиса).

Обработка персональных данных моих и моего ребенка включает в себя: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, а также передачу в Департамент образования Администрации г. Рыбинска, Департамент образования Ярославской области, в ГУЗ ЯО «Городская детская больница», обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение;

Обработка персональных данных: смешанная с использованием средств вычислительной техники и сетей общего пользования с использованием организационных мер по обеспечению безопасности или без использования средств автоматизации.

Настоящее согласие действует до момента отзыва, если иное не предусмотрено законом РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение трех рабочих дней, за исключением случаев, когда срок хранения регламентируется другими нормативно-правовыми актами.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)