Даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребенка в порядке, установленном федеральным законодательством.

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) , проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (кем и когда) «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

(далее ребёнка) на основании ст.64 п.1 Семейного кодекса РФ\*.

Настоящим даю своё согласие на обработку в МБОУ СОШ № 9 имени Полевого П.Г., персональных данных моего ребёнка, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

- данные свидетельства о рождении;

- данные медицинской карты;

- данные страхового медицинского полиса;

- данные личной карты учащегося;

- оценки успеваемости ребёнка;

- учебные работы ребёнка;

- адрес проживания ребёнка.

Я даю согласие на использование персональных данных ребёнка исключительно в следующих целях:

- обеспечение организации учебно-воспитательного процесса для ребёнка;

- обеспечение организации государственной (итоговой) аттестации;

- медицинская помощь;

- ведение статистики.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление сотрудниками МБОУ СОШ № 9им. Полевого П.Г. (исключение составляют данные медицинской карты ребёнка) следующих действий в отношении персональных данных ребёнка: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным ребёнка), уничтожение.

Я даю согласие на обработку персональных данных медицинской карты ребёнка только медицинскому персоналу, исключительно в вышеперечисленных целях и запрещаю их распространение и передачу любым другим лицам.

Я даю согласие на трансграничное предоставление персональных данных ребёнка исключительно для участия в мероприятиях в рамках образовательного процесса (олимпиадах, конкурсах, турнирах, фестивалях, конференциях, соревнованиях, образовательных поездках) и запрещаю трансграничную передачу персональных данных ребёнка в любых других случаях.

При обработке персональных данных ребёнка в целях ведения статистики персональные данные ребёнка должны быть обезличены.

Я даю согласие на обработку персональных данных ребёнка как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки в МБОУ СОШ №9 им. Полевого П.Г., в случае утраты необходимости в достижении этих целей или отзыва данного Согласия. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребёнка, законным представителем которого я являюсь.

Дата: «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О.)

--------------------------------------

\*Для родителей. Для опекунов и попечителей ст.15 п.2,п.3 Федерального закона «Об опеке и попечительстве»