

Регистрационный № \_\_\_\_\_  
Зачислен(а) в списки, приказ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Директору Кировского областного государственного  
общеобразовательного бюджетного учреждения «Школа для  
обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»  
г. Слободского» (КОГОБУ ШОВЗ г. Слободского)  
Малых Ирине Александровне  
Адрес учреждения: Кировская область, г. Слободской, ул.  
Школьная, д.3  
от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя/законного представителя ребенка с ОВЗ)  
Адрес прописки: \_\_\_\_\_

Адрес фактический: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Заявление  
о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями  
здоровья по адаптированной основной общеобразовательной программе**

\_\_\_\_\_, являющаяся (ийся)  
(Ф.И.О. родителя/законного представителя ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

(матерью/отцом/законным представителем) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка)  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, руководствуясь ч. 3 ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ  
"Об образовании в Российской Федерации" и на основании рекомендаций \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_,  
(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

заявляю о согласии на обучение \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ класс  
(вариант АООП)

\_\_\_\_\_ (сокращенное наименование учреждения)

**Сведения о ребенке:**

Воспитывался до поступления в школу \_\_\_\_\_  
(сокращенное наименование дошкольного учреждения)

Обучался до поступления в КОГОБУ ШОВЗ г. Слободского \_\_\_\_\_  
(сокращенное наименование учреждения)

**Сведения о родителях (законных представителях):**

Мать: Ф.И.О. \_\_\_\_\_

место работы, должность, телефон \_\_\_\_\_

Отец: Ф.И.О. \_\_\_\_\_

место работы, должность, телефон \_\_\_\_\_

Законный представитель: Ф.И.О. \_\_\_\_\_

место работы, должность, телефон \_\_\_\_\_

**Приложения:**

1. Документ, подтверждающий законность нахождения на территории России.
2. Документ, подтверждающий успешное прохождение тестирования на знание русского языка, достаточное для освоения образовательных программ
3. Копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_
4. Копия свидетельства о рождении (или: документы, подтверждающие законное представительство).
5. Копия свидетельства регистрации по месту жительства.
6. Копия справки МСЭ ребенка-инвалида от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_
7. Копия паспорта родителя (законного представителя).
8. Копия СНИЛСа.
9. Личное дело.
10. Сертификат прививок.
11. Медицинская карта.
12. Копия ИПРА.
13. Удостоверение многодетной, малообеспеченной семьи от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_.
14. ИНОЕ:

Ознакомлен (а) со следующими документами:

- 1) Устав КОГОбУ ШОВЗ г. Слободского
- 2) Программа развития КОГОбУ ШОВЗ г. Слободского
- 3) Образовательные программы
- 4) Лицензия на право ведения образовательной деятельности
- 5) Лицензия на осуществление медицинской деятельности

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

Подпись \_\_\_\_\_

Директору Кировского областного государственного  
общеобразовательного бюджетного учреждения «Школа для  
обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»  
г. Слободского» (КОГ ОБУ ШОВЗ г. Слободского)  
Малых Ирине Александровне  
Адрес учреждения: Кировская область, г. Слободской, ул.  
Школьная, д.3  
от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя/законного представителя ребенка с ОВЗ)  
Адрес прописки: \_\_\_\_\_

Адрес фактический: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

### **Заявление о согласии родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка**

Я, \_\_\_\_\_,  
даю свое согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),  
использование, обработку, блокировку и уничтожение персональных данных моего (ей) сына (дочери)  
\_\_\_\_\_:

- фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство;
- документы: свидетельство о рождении, паспорт, пенсионное страховое свидетельство, ИНН, медицинский полис, удостоверение инвалида: серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ;
- данные о состоянии здоровья: «группа здоровья», физкультурная группа, наличие заболеваний, результаты медосмотров;
- регистрация: место регистрации и фактического проживания;
- семья: социальные условия, жилищные условия; принадлежность к льготным категориям;
- данные о родителях (законных представителей): фамилия, имя, отчество, место работы, должность, контактный телефон.

*Основной целью обработки персональных данных обучающихся является обеспечение наиболее полного исполнения образовательным учреждением своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом "Об образовании".*

*Целями обработки персональных данных обучающихся являются:*

- учет детей, подлежащих обязательному обучению в образовательном учреждении;
- соблюдение порядка и правил приема в образовательное учреждение граждан, проживающих на данной территории и имеющих право на получение образования соответствующего уровня;
- индивидуальный учет результатов освоения обучающимися образовательных программ, а также хранение в архивах данных об этих результатах на бумажных и/или электронных носителях;
- учет реализации права обучающихся на получение образования.

Согласен (а) на публикацию данных моего ребенка – фамилия, имя, отчество и фотография - на сайте школы в информационных целях.

За мной сохраняется право на изменение, удаление, редактирование публикуемых персональных данных в любой момент по моему устному (письменному) заявлению.

Обработка персональных данных разрешается на период обучения ребенка в образовательном учреждении.

С Положением Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ФИО родителя (законного представителя)