Приложение 3

к Положению

Директору ГАНОУ ВО

«Региональный центр «Орион»

Н.Н. Голевой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_

выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
зарегистрированного(ой) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес электронной почты:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
номер телефона:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего,   
разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, руководствуясь статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на распространение ГАНОУ ВО «Региональный центр «Орион» (ОГРН:1103668024052, ИНН: 36650789, юридический адрес: 394019, г. Воронеж, ул. 9 Января, д. 161) (далее –Оператор 1 персональных данных),

МКУ ДОЛ "Солнышко" Калачеевского муниципального района Воронежской области (ОГРН:1213600008005, ИНН: 3610002780, юридический адрес:397619 Воронежская область, М.Р-Н Калачеевский С.П. Подгоренское зона 5216 зд.90) (далее - Оператор 2 персональных данных)

Персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с целью публикации результатов

*(Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения)*

участия в конкурсах, олимпиадах, турнирах и других мероприятиях, проводимых Операторами персональных данных, на официальном сайте учреждения и страницах в социальных сетях в следующем порядке:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Категория персональных данных | Перечень персональных данных | Разрешаю к распространению неограниченному кругу лиц (да/нет) |
| общие персональные данные | фамилия |  |
| имя |  |
| отчество |  |
| дата рождения |  |
| биометрические персональные данные | Цветное цифровое фотографическое изображение лица |  |
| видеоматериалы |  |

Сведения об информационных ресурсах Операторов персональных данных, посредством которых будут осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

|  |  |
| --- | --- |
| **Информационный ресурс** | **Действия с персональными данными** |
| [https://orioncentr.ru/](_栁琀琀瀀猀㨀⼀⼀漀爀椀漀渀挀攀渀琀爀⸀爀甀⼀㔀)  [https://vk.com/orion36\_vrn](_栁琀琀瀀猀㨀⼀⼀瘀欀⸀挀漀洀⼀漀爀椀漀渀㌀㘀开瘀爀渀Ѐ)  [https://vk.com/orion\_pedagogam](_栁琀琀瀀猀㨀⼀⼀瘀欀⸀挀漀洀⼀漀爀椀漀渀开瀀攀搀愀最漀最愀洀)    [https://orion-plus.online](_栁琀琀瀀猀㨀⼀⼀漀爀椀漀渀ⴀ瀀氀甀猀⸀漀渀氀椀渀攀)  [https://vsosh-vrn.orioncentr.ru/](_栁琀琀瀀猀㨀⼀⼀瘀猀漀猀栀ⴀ瘀爀渀⸀漀爀椀漀渀挀攀渀琀爀⸀爀甀⼀)  [https://t.me/orion\_vrn](_栁琀琀瀀猀㨀⼀⼀琀⸀洀攀⼀漀爀椀漀渀开瘀爀渀) | Предоставление сведений неограниченному кругу лиц |

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует в течение 1 года.

Я проинформирован (а), что Операторы персональных данных гарантируют обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Оставляю за собой право потребовать прекратить распространять персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка. В случае получения требования Операторы персональных данных обязаны немедленно прекратить распространять персональные данные несовершеннолетнего ребенка, а также сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле в интересах своего несовершеннолетнего ребенка.

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

(дата, месяц, год) (подпись) (расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**Я**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. родителя (законного представителя)

проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт № , выдан \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**являясь законным представителем** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

документ удостоверяющий личность № , выдан \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего (-ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональный данных» даю свое согласие на обработку персональных данных ГАНОУ ВО «Региональный центр «Орион» (ОГРН:1103668024052, ИНН: 36650789, юридический адрес: 394019, г. Воронеж, ул. 9 Января, д. 161) (далее – Оператор 1 персональных данных), МКУ ДОЛ "Солнышко" Калачеевского муниципального района Воронежской области (ОГРН:1213600008005, ИНН: 3610002780, юридический адрес: 397619 Воронежская область, М.Р-Н Калачеевский

С.П. Подгоренское зона 5216 зд.90) (далее – Оператор 2 персональных данных),

а именно:

* фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя);
* сведения о паспорте родителя (законного представителя) (серия, номер, дата и место выдачи);
* место жительства;
* номер телефона;
* фамилия, имя, отчество ребенка;
* дата рождения ребенка;
* сведения о документе, удостоверяющем личность ребенка (серия, номер, дата и место выдачи);
* место жительства ребенка;
* сведения о записи на программы дополнительного образования и/или программы спортивной подготовки и их посещения;
* участия в конкурсах, олимпиадах, турнирах и других мероприятиях;
* результатах участия в конкурсах, олимпиадах, турнирах и других мероприятиях.

Я даю свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка с целью записи на программы дополнительного образования и/или программы спортивной подготовки и их посещения, участия в конкурсах, олимпиадах, турнирах и других мероприятиях, и опубликования результатов участия в конкурсах, олимпиадах, турнирах и других мероприятиях, проводимых Операторами персональных данных.

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 Настоящее согласие дано мной добровольно и действует в течение 1 года.

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

(дата, месяц, год) (подпись) (расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О. ребенка** – полностью, дата рождения)

даю информированное+ добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку на весь период областного историко-краеведческого лагеря «Возвращение к истокам» на базе детского оздоровительного лагеря «Солнышко» Калачеевского муниципального районаВоронежской области (далее "Лагерь"), в том числе санитарно-гигиенических, противоэпидемичеких, лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, направленных на охрану здоровья и жизни ребёнка, включающих:

-осмотр, в том числе термометрию, тонометрию, пальпацию, неинвазивные исследования органа зрения и слуха, функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);

-опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза заболевания;

-функциональные методы обследования, в т.ч. электрокардиография, УЗИ.

-введение лекарственных препаратов внутрь (таблетки, капли), проведение ингаляций, промывание носоглотки, проведение очистительной клизмы;

-проведение экстренных мероприятий при неотложных состояниях ребенка, включая введение препаратов (подкожно, внутримышечно, внутривенно)

В соответствии со ст.20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ в случае возникновения у моего ребенка неотложного состояния или обострения хронического заболевания

* добровольно соглашаюсь на оказание медицинской помощи моему ребенку медицинским работником Лагеря;
* добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку консультации специалистов в сопровождении работника Лагеря;
* добровольно соглашаюсь на экстренную госпитализацию моего ребенка по решению медицинских работников Лагеря.

Я информирован(а) о неблагоприятных эффектах, возможных при оказании медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинения моему ребенку вреда здоровью.

Я поставил(а) работников Лагеря в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в т.ч. об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

Для предотвращения неблагоприятных ситуаций сообщаю следующие сведения:

|  |  |
| --- | --- |
| Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания? Какого? |  |
| Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных препаратов? Каких? |  |
| Есть ли у ребенка лекарственная аллергия? На какие препараты? |  |
| Есть ли у ребенка непереносимость продуктов питания? Каких? |  |
| Другие сведения, заслуживающие внимания |  |

Разрешаю в случае необходимости решения вопросов, связанных со здоровьем моего ребенка, сообщать по телефонам:

|  |  |
| --- | --- |
| телефон | Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника |
|  |  |

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

несу полную ответственность за достоверность и полноту представленной информации о моем ребенке.

Законный представитель ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись /Ф.И.О. Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_