

**Согласие родителя (законного представителя/опекуна)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

(серия, №)

(кем, когда)

как законный представитель на основании свидетельства о рождении серия, № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

настоящим даю свое согласие:

на обработку в Государственном бюджетном учреждении «Областной санаторно-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Золотой колос»(Арзамасский район) персональных данных своего ребенка к которым относятся:

- фотографии несовершеннолетнего;
- данные свидетельства о рождении или паспортные данные несовершеннолетнего;
- данные медицинской карты несовершеннолетнего;
- адрес проживания, контактные телефоны, e-mail;
- иные сведения личного характера.

Я даю согласие на использование персональных данных своего ребенка в целях обеспечения процессов медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации, ведения статистики.

Настоящее Согласие представляется на осуществление действий в отношении персональных данных моего ребенка, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в структуры Министерства социальной политики Нижегородской области, медицинским учреждениям и на размещение фото и видео в СМИ и на официальном сайте ГБУ «ОСРЦН «Золотой колос».

Государственное бюджетное учреждение «Областной санаторно-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Золотой колос» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что государственное бюджетное учреждение «Областной санаторно-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Золотой колос» гарантирует, что будет обрабатывать персональные данные как не автоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Даю своё согласие на проведение психолога — диагностической работы с целью мониторинга развития моего ребенка на каждом этапе пребывания в центре. Психолого — педагогические исследования также могут проводиться по моему запросу или запросу воспитателей.

Вся информация является конфиденциальной и не подлежит разглашению.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

При необходимости, настоящим даю свое согласие на перевозку моего несовершеннолетнего ребёнка с сопровождающим в медицинские учреждения, в физкультурно – оздоровительные комплексы, на посещение культурно – массовых мероприятий, на доставку получателя социальных услуг в день заезда и на выезд из ГБУ «ОСРЦН «Золотой колос»(Арзамасский район)». Жизнь и безопасность ребенка доверяю сопровождающему лицу, на которого возложена ответственность приказом руководителя учреждения.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

**Согласие родителя (законного представителя/опекуна)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

(серия, №)

(кем, когда)

как законный представитель на основании свидетельства о рождении серия, № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

настоящим даю свое согласие:

на обработку в Государственном бюджетном учреждении «Областной санаторно-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Золотой колос»(Арзамасский район) персональных данных своего ребенка к которым относятся:

- фотографии несовершеннолетнего;
- данные свидетельства о рождении или паспортные данные несовершеннолетнего;
- данные медицинской карты несовершеннолетнего;
- адрес проживания, контактные телефоны, e-mail;
- иные сведения личного характера.

Я даю согласие на использование персональных данных своего ребенка в целях обеспечения процессов медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации, ведения статистики.

Настоящее Согласие представляется на осуществление действий в отношении персональных данных моего ребенка, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в структуры Министерства социальной политики Нижегородской области, медицинским учреждениям и на размещение фото и видео в СМИ и на официальном сайте ГБУ «ОСРЦН «Золотой колос».

Государственное бюджетное учреждение «Областной санаторно-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Золотой колос» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что государственное бюджетное учреждение «Областной санаторно-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Золотой колос» гарантирует, что будет обрабатывать персональные данные как не автоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Даю своё согласие на проведение психолога — диагностической работы с целью мониторинга развития моего ребенка на каждом этапе пребывания в центре. Психолого — педагогические исследования также могут проводиться по моему запросу или запросу воспитателей.

Вся информация является конфиденциальной и не подлежит разглашению.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

При необходимости, настоящим даю свое согласие на перевозку моего несовершеннолетнего ребёнка с сопровождающим в медицинские учреждения, в физкультурно – оздоровительные комплексы, на посещение культурно – массовых мероприятий, на доставку получателя социальных услуг в день заезда и на выезд из ГБУ «ОСРЦН «Золотой колос»(Арзамасский район)». Жизнь и безопасность ребенка доверяю сопровождающему лицу, на которого возложена ответственность приказом руководителя учреждения.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_