

В Территориальную
психолого – медико – педагогическую комиссию

Советско - Гаванского муниципального района

от _____

ФИО родителя (законного представителя)

номер телефона

Заявление

Прошу обследовать моего ребенка

(ФИО ребенка)

_____ « ____ » _____ года рождения

В связи с определением образовательного маршрута я согласна(ен) на проведение обследования моего ребенка Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией Советско - Гаванского муниципального района, согласна (согласен) на обработку персональных данных моих и моего ребенка.

Согласие

родителей (законных представителей) обучающегося на обработку персональных данных ребенка в информационных системах Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией Советско - Гаванского муниципального района

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(-ая) по адресу: _____,
даю согласие на обработку следующих персональных данных моего ребенка (Ф.И.О.)

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения, пол, данные свидетельства о рождении, паспортные данные, адрес регистрации, адрес фактического проживания, домашний телефон, группа здоровья, социальный статус ребенка (полная или неполная семья, опекунов и т.п.), данные медицинских обследований)

в целях обеспечения проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования ребенка, ведения базы данных в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией Советско - Гаванского муниципального района. Соглашаюсь на выполнение следующих действий с моими персональными данными: сбор, хранение, автоматизированная обработка и обработка без использования средств автоматизации.

Согласие действительно с даты заполнения настоящего заявления и на неопределенное время. Настоящее разрешение может быть отозвано в любой момент на основании заявления родителей (законных представителей), поданного на имя руководителя Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией Советско - Гаванского муниципального района.

Адрес Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией Советско - Гаванского муниципального района: г. Советская Гавань, ул. Первомайская, 44; тел.(42138) 4-54-00

Подпись родителей

(законных представителей)

_____/_____
(Ф.И.О.)

_____/_____
(Ф.И.О.)

Дата заполнения разрешения: « ____ » _____ 20__ г.