

Согласие законного представителя несовершеннолетнего  
на обработку его персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф И О законного представителя несовершеннолетнего)  
проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
Паспорт № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем  
несовершеннолетнего \_\_\_\_\_  
(Ф И О несовершеннолетнего)  
\_\_\_\_\_ (далее – ребенка) на основании ст.64 п.1 Семейного кодекса РФ.

Настоящим даю своё согласие на обработку в МАОУ СОШ № 18 с УИОП, находящемся по адресу: 352922, г.Армавир, ул. Советская Армии, 9 (далее – Оператору) персональных данных моего ребенка, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных.

- данные свидетельства о рождении,
- данные медицинской карты,
- данные страхового медицинского полиса,
- данные личной карты учащегося,
- фотографии учащегося,
- видеофильмы с участием школьника,
- оценки успеваемости ребёнка,
- учебные работы ребенка,
- адрес проживания ребенка,
- номера телефонов.

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

- обеспечение организации образовательного процесса для ребенка,
- медицинской помощи,
- ведения статистики.

Я даю согласие на совершение с персональными данными ребенка следующих действий (операций): сбор, систематизацию, накопление, хранение, публикации в сети интернет в том числе на официальном сайте школы, уточнение (обновление, изменение), использование (исключительно в целях, указанных в данном документе), распространение (подразумевается передача персональных данных уполномоченным лицам в соответствии с законодательством РФ), обезличивание, блокирование (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным ребенка), уничтожение персональных данных Оператором и его сотрудниками (исключение составляют данные медицинской карты ребёнка).

Я даю согласие на использование следующих способов обработки персональных данных:

- обработка в информационных системах персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств;
- ручная обработка с использованием материальных носителей.

Я даю согласие на обработку персональных данных медицинской карты ребенка только медицинскому персоналу Оператору, исключительно в вышеперечисленных целях и запрещаю их распространение и передачу 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 ребенка в любых других случаях.

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

Данное согласие действует на достижение целей обработки Оператором 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 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ФИО\_\_)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 294690421595703939189969587970239985033448729935

Владелец Татаренко Михаил Михайлович

Действителен с 04.06.2024 по 04.06.2025