|  |
| --- |
| **Анкета родителя (законного представителя)** |
|  | Фамилия Имя Отчество ребенка |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Фамилия имя отчество ребенка |  |
|  | 1. Дата рождения ребенка: |  |  |  |  |  |
|  | 2. Место рождения ребенка: |  |  |  |
|  | 3. Свидетельство о рождении ребенка: серия |  | номер |  |
|  |  | выдано |  |
|  |  |
|  | 4. Адрес **регистрации** ребенка: |  |
|  |  |
|  | Адрес фактического **проживания** ребенка: |  |
|  |  |
|  | 5. Из какого дошкольного образовательного учреждения прибыл ребенок: |  |
| **Родитель (Заявитель):** |
|  | **Мать:** |
|  | 1. ФИО: |
|  | 2.Адрес места жительства: |
|  |  |
|  | 2. Контактный телефон: |  |
|  | 3. E-mail: |
|  | 4. Место работы, должность: |  |
|  |  |
|  | **Отец:** |  |
|  | 1. ФИО: |
|  | 2.Адрес места жительства: |  |
|  |  |
|  | 2. Контактный телефон: |  |
|  | 3. E-mail: |  |
|  | 4. Место работы, должность: |  |
|  |  |
| **Иной законный представитель ребенка:** |  |
|  | 1. ФИО: |  |  |
|  | 2.Адрес места жительства: |  |
|  |  |  |
|  | 2. Контактный телефон: |  |
|  | 3. E-mail: |  |
|  | 4. Место работы, должность: |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ЛЬГОТА** |  |
|  |  |
|  | документ прилагается |
|  | С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, уставом школы, с образовательными программами и документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся **ОЗНАКОМЛЕН(А)**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  подпись законного представителя  |
|  | **ДАЮ СОГЛАСИЕ** на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (**требуется/не требуется**) (нужное подчеркнуть) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ДАЮ СОГЛАСИЕ** на обучение ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (**требуется/не требуется**) (нужное подчеркнуть); | подпись законного представителя  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | подпись законного представителя  |
|  | **ДАЮ СОГЛАСИЕ** для организации моему ребенку в Лицее обучения и воспитания по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования **на русском языке** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | подпись законного представителя |
|  | **ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ** моему ребенку на проведение профилактической работы специалистами (психолог, социальный педагог, сотрудников центра «Здоровья»), на посещение занятий (лекций, тренингов, семинаров), проводимых в Лицее специалистами КОГБУЗ «Кировский областной СПИД-центр», волонтерами КООО «Перспектива» |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ДАЮ СОГЛАСИЕ** на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, персональных данных родителей и ребенка, указанных в заявлении |  подпись законного представителя  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | подпись законного представителя |