Приложение 2

Руководителю Центра выявления и поддержки одарённых детей и молодежи

 Пензенской области «Ключевский»

Танасову И.Д.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

ФИО родителя

проживающего (ей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места проживания

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего сына (дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, воспитанника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на интенсивную профильную смену «Олимпиадная физика» в Центр выявления и поддержки одарённых детей и молодёжи Пензенской области «Ключевский» (далее - Центр) с 13 по 26 декабря 2020 года.

Обязуюсь доставить ребёнка 13 декабря 2020 до 17:00 в Центр выявления и поддержки одаренных детей и молодежи Пензенской области «Ключевский» (г. Пенза, ул. Попова, 66) и забрать из Центра 26 декабря 2020 года в 12.30.

Ответственность за сохранность ценных вещей, не сданных на хранение, беру на себя.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Приложение 3

**Список участников интенсивной профильной смены «Олимпиадная физика»**

**в Центре выявления и поддержки одаренных детей и молодежи Пензенской области «Ключевский»**

**13-26 декабря 2020 года**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **ФИО ребенка** | **Дата рождения** | **Школа, класс** | **Домашний адрес****(полностью) телефон** | **Электронный адрес** | **ФИО родителей, телефон**  | **Данные паспорта/ свидетель-ства о рождении**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 4

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»)

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

(ФИО)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ.

 (ФИО)

Настоящим даю свое согласие на обработку в Центре выявления и поддержки одарённых детей и молодёжи Пензенской области персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, относящихся к перечисленным ниже категориям персональных данных:

- данные паспорта либо свидетельства о рождении;

- данные справки о состоянии здоровья (Ф-079/У);

- данные прививочного листа;

- адрес проживания ребенка;

- данные страхового полиса;

- данные о месте обучения ребенка.

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

- обеспечение организации профильной образовательной смены;

- ведение статистики.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление сотрудниками Центра следующих действий в отношении персональных данных ребенка: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (только в указанных выше целях), обезличивание, блокирование (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным ребенка), уничтожение. Данным заявлением разрешаю считать общедоступными, в том числе выставлять в сети Интернет, следующие персональные данные моего ребенка: фамилия, имя, класс, место проживания.

Я согласен(-на), что обработка персональных данных может осуществляться как с использованием автоматизированных средств, так и без таковых.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных в Центре или до 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 ребенка, законным представителем которого являюсь.

Дата: \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение 5

Руководителю Центра выявления и поддержки одаренных детей и молодежи Пензенской области «Ключевский»

Танасову И.Д.

Родителя ученика(цы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса

ФИО

ученика(цы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление.

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

разрешаю отпускать моего сына (дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, участника (цу) интенсивной профильной смены «Олимпиадная физика» Центра выявления и поддержки одаренных детей и молодежи Пензенской области «Ключевский» ежедневно в 20.00, одного (одну) для прибытия к основному месту жительства. Ответственность за жизнь и здоровье своего ребенка беру на себя.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 6

Руководителю Центра выявления и поддержки одаренных детей и молодежи Пензенской области «Ключевский»

Танасову И.Д.

Родителя ученика(цы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса

ФИО

ученика(цы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление.

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

Обязуюсь забрать своего сына (дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, участника (цу) интенсивной профильной смены «Олимпиадная физика» Центра выявления и поддержки одаренных детей и молодежи Пензенской области, 26 декабря 2020 года для прибытия к основному месту жительства не позднее 12.30.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я,

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| паспорт: | выдан: |  |  |  |  |
|  | года рождения, | проживающий | (ая) | по | адресу: |
|  |

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(Ф.И.О. ребенка — полностью, год рождения)

1. В целях соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а также соблюдения Приказа Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. N 822н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях" при получении первичной медико- санитарной помощи и проведении планового медицинского осмотра добровольно даю свое согласие на проведение:
* Опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза.
* Осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии,фарингоскопии, непрямой ларингоскопии.
* Антропометрического исследования.
* Термометрии.
* Тонометрии.
* Не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций.
* Не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций.
* Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
1. Я даю согласие, что в целях оказания первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной форме, в том числе при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, а также профилактики заболеваний, моему ребенку будет оказана экстренная медицинская помощь, вызвана скорая медицинская помощь и ребенок направлен в медицинское учреждение, медицинский работник информирует его родителей (законных представителей) об оказанной медицинской помощи.
2. Со своей стороны, я поставил(а) медицинский персонал лицея в известность Обо всех проблемах, связанных со здоровьем ребенка, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех индивидуальных особенностях и особых реакциях организма, о принимаемых лекарственных средствах.
3. Я принимаю решение о добровольном согласии на медицинское вмешательство на предложенных условиях.
4. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления заявления на имя директора Губернского лицея, который лично предоставлю администрации лицея.

Подпись родителя (законного представителя) дата

Контактный телефон

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ (законных представителей)

детей, являющихся обучающимися Центра по выявлению

и поддержке одаренных детей и молодежи

Пензенской области «Ключевский»

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

 (ФИО родителя, законного представителя)

являясь родителем (законным представителем) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО несовершеннолетнего, дата рождения)

подтверждаю, что:

-ознакомлен с Правилами пребывания на территории Центра по выявлению и поддержке детей и молодежи Пензенской области (далее – Центр), ознакомил с ними ребенка, в связи с чем гарантирую их соблюдение ребенком, а также соблюдение ребенком правил пожарной безопасности, санитарно-гигиенических норм;

-осознаю статус Центра, общественное внимание к нему, поэтому гарантирую адекватное поведение ребенка при нахождении в Центре, исполнение законных требований сотрудников Центра;

-согласен с тем, что находиться и передвигаться по территории Центра несовершеннолетний может только в сопровождении взрослого лица;

-осознаю и согласен с тем, что:

 -несу ответственность за жизнь и здоровье ребенка в период нахождения его на территории Центра;

 -несу материальную ответственность за имущественный ущерб, нанесенный ребенком Центру;

 -при подозрении на наличие у ребенка острого и/или хронического инфекционного и/или кожного заболевания посещение Центра запрещено.

(подпись, ФИО полностью, дата)