

Директору ГКОУ «Республиканский центр диагностики и консультирования» И.В. Железовой  
Родителя (законного представителя) – матери,

\_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество)

проживающей по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Родителя (законного представителя) – отца,

\_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

### заявление

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (дата выдачи, кем выдан)

являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество ребенка)

прошу принять моего (сына, дочь) \_\_\_\_\_ года рождения,  
(нужное подчеркнуть) (дата рождения)

зарегистрированного по адресу \_\_\_\_\_  
фактически проживающего по адресу \_\_\_\_\_  
в \_\_\_\_\_ класс ГКОУ «Республиканский центр диагностики и консультирования» (далее  
- Образовательная организация) на период обучения в Образовательной организации.

Имеет потребность в обучении по адаптированной образовательной программе \_\_\_\_\_

в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии от \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_, выданным \_\_\_\_\_,  
(указать психолого-медико-педагогическую комиссию)

и в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья.

Даю согласие на обучение моего ребенка по указанной выше адаптированной образовательной программе

\_\_\_\_\_  
(подписи родителей, расшифровка)

Даю согласие на изучение моим ребёнком русского языка как родного языка.

Прошу организовать для моего ребенка изучение на родном русском языке в период обучения в Образовательной организации предметов «Родной язык» и «Литературное чтение на родном языке» предметной области «Родной язык и литературное чтение на родном языке».

\_\_\_\_\_  
(подписи родителей, расшифровка)

С Уставом, лицензиями на осуществление образовательной деятельности, медицинской деятельности, общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся Образовательной организации ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_  
(подписи родителей, расшифровка)

Даю согласие на обработку персональных данных моего ребёнка государственному казенному общеобразовательному учреждению «Республиканский центр диагностики и консультирования для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи», расположенного по

адресу: 426011, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Холмогорова, 8, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях:

- организации приема в Образовательную организацию;
- подтверждения третьим лицам факта обучения в Образовательной организации;
- обеспечения образовательного, консультативно-диагностического и лечебно-оздоровительного процесса;
- получения документов о рекомендованных условиях получения образования, а также их копий и дубликатов;
- подтверждения третьим лицам факта обучения в Образовательной организации и рекомендаций по определению условий получения образования;
- для осуществления индивидуального учета результатов психолого-медико-педагогической диагностики моего ребёнка, а также хранения в архиве данных об этих результатах;
- в иных целях, предусмотренных законодательством:

1) на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокировку и уничтожение, в том числе с помощью средств автоматизации, своих персональных данных и персональных данных своего ребенка: фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата рождения; адрес; паспортные данные; место жительства; сведения об образовании; прочие сведения, предусмотренные действующим законодательством.

2) на передачу своих персональных данных третьим лицам в соответствии с действующим законодательством;

3) использование видео- и фотосъемок, произведенных во время образовательного процесса без публикации в средствах массовой информации.

Свое согласие я даю на срок с момента обработки персональных данных до передачи их в архив.

Я уведомлен(а) Образовательной организацией о праве на отзыв моего согласия на обработку персональных данных моего ребёнка, путем подачи личного заявления на имя директора Образовательной организации или иного уполномоченного им лица. В этом случае Образовательная организация прекращает обработку персональных данных и уничтожает персональные данные в срок, не превышающий семи рабочих дней с даты поступления моего отзыва.

С действующим законодательством и локальными нормативно-правовыми актами Образовательной организации в области защиты персональных данных я ознакомлен.

Выражаю согласие на проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования моего ребенка в период его обучения в ГКОУ «Республиканский центр диагностики и консультирования».

---

(подписи родителей, расшифровка)

Прошу организовать для моего ребенка коррекционно-развивающие и диагностико-коррекционные занятия в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии

---

(подписи родителей, расшифровка)

Прошу зачислить моего ребёнка в группу продленного дня с \_\_\_\_\_ час. до \_\_\_\_\_ час.

Прошу зачислить в группу продленного дня на условиях круглосуточного пребывания в течение \_\_\_\_\_ дней в неделю.

Прошу обеспечить моего ребёнка бесплатным питанием в связи с тем, что он (она) является ребенком с ограниченными возможностями здоровья.

---

(подпись, расшифровка)

---

(подпись, расшифровка)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.