Директору ЦДОД «Дом научной коллаборации имени Камиля Ахметовича Валиева» ЕИ КФУ (далее – Центр)
Латиповой Л.Н.
от_____
Ф.И.О .родителя (законного представителя)
_____
проживающего(ей) по адресу:
_____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу Вас принять моего ребенка

_____ ,
(Ф.И.О. ребенка)

_____ ,
(дата и место рождения)

проживающего по адресу: _____ ,

в _____группу вверенного Вам Центра по направлению ___ _____, программы_____.

Согласен на размещение информации о ребенке (Ф.И.О., фото- и видеоматериалы) на официальных интернет-каналах и порталах, в т.ч. на сайте Центра.

Согласен на проведение социально-психологических исследований с участием моего ребенка _____
(подпись)

Согласен на обработку:

- своих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, место жительства, место регистрации, домашний телефон, мобильный телефон, образование, место работы, должность, рабочий телефон (факс), адрес электронной почты);
- персональных данных моего ребенка (фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, свидетельство о рождение, место жительства, место регистрации, домашний телефон, мобильный телефон, адрес электронной почты, СНИЛС, ИНН).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых даю свое согласие: бумажная, электронная и смешанная обработка персональных данных для решения вопросов по предоставлению услуг. Согласие даю на срок обучения моего ребенка во вверенном Вам Центре.

_____
(подпись)

СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ:

ОТЕЦ: _____
(Ф.И.О. отца полностью, контактный телефон)

МАТЬ: _____
(Ф.И.О. матери полностью, контактный телефон)

С Положением Центра, лицензией на осуществление деятельности по дополнительному образованию, локальными актами КФУ, образовательной программой ознакомлен (а):

_____
(подпись)

С условиями пребывания в Центре моего ребенка согласен (а).

«____» _____20____ г. _____
(подпись)