**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, нижеподписавшийся

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| проживающий по адресу: | | |
| документ, удостоверяющий личность выдан | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| являясь | (дата и название выдавшего органа) |  |
| (указать законное основание для представительства интересов ребенка: отцом, матерью, опекуном, попечителем, иные основания) | | |
| зарегистрированного(ой) по адресу: | (Ф.И.О. ребенка полностью) |  |
| проживающего(ой) по адресу: документ, удостоверяющий личность выдан | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_ | номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(дата и название выдавшего органа)

Даю свое согласие МАУ ДОЦ "Лебедь", расположенному по адресу: 649140 Республика Алтай Турочакский район, с. Турочак, пер. Бийский, 15

1. На обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:**

* фамилия, имя, отчество;
* пол;
* год, месяц, дата и место рождения;
* сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении;
* паспортные данные;
* адрес места жительства по регистрации;
* фактический адрес проживания;
* место работы;
* должность;
* контактный номер телефона;
* сведения, содержащиеся в полисе обязательного медицинского страхования;
* сведения о состоянии здоровья.

**Перечень действий с персональными данными ребенка, на совершение которых дается согласие**: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

**Способы обработки персональных данных:** на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

**Срок, в течение которого действует согласие:** до достижения цели обработки персональных данных моего ребенка или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

**Настоящее согласие может быть отозвано** мной путем подачи письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

1. На участие моего ребенка в спортивных, культмассовых мероприятиях и общественно­полезном труде.
2. На работу моего ребенка в сети Интернет.
3. На сдачу ценных вещей ребенка на хранение в специально отведенные места, расположенные в детском оздоровительном лагере.
4. На фото и видео съемку моего ребенка во время участия в различных программах и проектах детского оздоровительного лагеря, а также использовать эти фото видео и информационные материалы в соответствии со следующими условиями. Я безвозмездно даю разрешение на использование фото- и видеоматериалов, а также информационных материалов с участием моего ребенка во внутренних и внешних коммуникациях, для коммерческих, рекламных и промо целей, связанных с деятельностью детского оздоровительного лагеря. Фотографии и изображения могут быть скопированы, представлены и сделаны достоянием общественности или адаптированы для использования любыми СМИ и любым способом, в частности в рекламных буклетах и во всех средствах массовой информации, ТВ, кинофильмах, видео, в Интернете, листовках, почтовых рассылках, каталогах, постерах, промо статьях, рекламной кампании, на упаковке, и т.д. при условии, что произведенные фотографии и видео не нанесут вред достоинству и репутации моего ребенка.
5. В интересах сохранения жизни и здоровья ребенка представлять его интересы и давать согласие на медицинское вмешательство в сторонних медицинских учреждениях, осуществляющих свою деятельность в соответствии с действующим законодательством РФ. При наличии подозрения на употребление ребенком алкогольных, наркотических, психотропных веществ, неадекватного поведения ребенка даю согласие на консультацию врача-нарколога и психиатра.

« » 202\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/