

Фирменный бланк или штамп  
учреждения образования с  
указанием его наименования,  
юридического адреса, телефонов,  
даты выдачи, исходящий номер

**СПРАВКА**

Фото, печать

Дана \_\_\_\_\_  
ф.и.о. учащегося полностью, год рождения

в том, что в 2018-2019 учебном году он(а) действительно обучается в \_\_\_\_\_ классе

\_\_\_\_\_

наименование школы

Справка дана для предъявления по месту требования.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (должность, Ф.И.О. сотрудника школы)

М.П.

**Согласие  
субъекта на обработку персональных данных несовершеннолетнего**

Я, \_\_\_\_\_

проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г., в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ГАУ ТО «ОСШОР», расположенного по адресу: 625048, Тюменская область, город Тюмень, улица Щорса, дом 5, (Далее – Оператор) на обработку моих персональных данных и персональных данных моего/ей сына/дочери/подопечного (нужное подчеркнуть) (далее – Субъект персональных данных)

*(ФИО сына/дочери/подопечного, дата рождения, данные свидетельства о рождении/паспорта, доверенности,*

*другого документа, удостоверяющего полномочия представителя несовершеннолетнего, включая серию, номер, дату выдачи, орган, выдавший документ)*

а именно:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- место жительства;
- данные свидетельства о рождении/паспорта (серия, номер, дата выдачи, орган, выдавший документ);
- медицинское заключение о допуске к участию в спортивном мероприятии;
- место учебы/работы;
- спортивный разряд;
- вид спорта;
- результат участия Субъекта персональных данных в официальном спортивном мероприятии, указанном ниже;
- справка школьника с фотографией;
- другая информация \_\_\_\_\_

*(при наличии, заполняется субъектом персональных данных)*

Цель обработки персональных данных:

участие в официальном спортивном/физкультурном мероприятии: \_\_\_\_\_

*(указать наименование официального спортивного/физкультурного мероприятия)*

далее – спортивное/физкультурное мероприятие, а также обработка и освещение результатов мероприятия.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем: любых действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу третьим лицам в соответствии с целью обработки персональных данных (распространение, предоставление, доступ, публикация), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Данное согласие не дает право использовать третьими лицами мои персональные данные в коммерческих или иных целях, на которые не было дано мной согласие.

Я утверждаю, что ознакомлен с документами Оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с правами и обязанностями в области обработки персональных данных.

Мне разъяснены юридические последствия отказа предоставить персональные данные Оператору.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до достижения целей обработки персональных данных.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора заказным письмом с уведомлением.

Уничтожение персональных данных будет осуществляться в сроки, установленные действующим законодательством РФ.

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Подпись несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет \_\_\_\_\_

**ЗАЯВКА**  
**на участие в XXII Спартакиаде учащихся Тюменской области**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года

От команды \_\_\_\_\_  
 (муниципальное образование)

Вид спорта \_\_\_\_\_ Этап соревнований, зона \_\_\_\_\_

№ п/п	Ф.И.О. полностью	Число, месяц, год рождения	ГТО		Место учебы (наименование школы, класс)	Виза врача
			знак	УИН		
1.	<i>Иванов Иван Иванович</i>	<i>01.01.2001</i>	<i>Золотой</i>	<i>00-00-0000000</i>	<i>МАОУ Новоселзнёвская СОШ (филиалы СОШ указываются), 10 класс</i>	<i>Число, роспись и личная печать врача напротив каждой фамилии</i>
<i>Все графы заполняются в строгом соответствии с «шапкой» таблицы</i>						

Руководитель территориального органа управления образованием  
 М.П. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Руководитель территориального органа ФКиС  
 М.П. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Врач  
 М.П. мед. учреждения      Всего допущено \_\_\_\_\_ чел. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Представитель команды \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / телефон \_\_\_\_\_