

**ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ  
В ЦЕНТРАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКУЮ  
КОМИССИЮ  
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДВУХРАЗОВОГО БЕСПЛАТНОГО ПИТАНИЯ**  
(дети-инвалиды с заключением МСЭ, обучающиеся по основной общеобразовательной  
программе)

**Родители (законные представители) ребенка для проведения обследования ребенка предъявляют следующие документы:**

- 1) Заявление о проведении обследования ребенка на комиссии от родителей (законных представителей) и от обучающихся старше 15 лет – на бланке ГАУ «ОЦДиК» (образец заявления на сайте [www.cdik39.ru](http://www.cdik39.ru));
- 2) Согласие на обработку персональных данных от родителей (законных представителей) и от обучающихся старше 15 лет (образец заявления на сайте [www.cdik39.ru](http://www.cdik39.ru));
- 3) Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка;
- 4) Копию паспорта и свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);
- 5) Копия паспорта родителя (законного представителя);
- 6) Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);
- 7) Характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций) (образец характеристики на сайте [www.cdik39.ru](http://www.cdik39.ru));
- 8) Для детей-инвалидов – копия ИПР или ИПРА;
- 9) Справка МСЭ об инвалидности (копия);
- 10) Выписка от педиатра.

сайт: [www.cdik39.ru](http://www.cdik39.ru)

**Представитель школы привозит документы в Областной центр диагностики и консультирования детей и подростков (ул. Гостиная, 7) по средам с 09:00-13:00 в кабинет № 2.**

Руководителю Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Калининградской области  
от \_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью

Документ, удостоверяющий личность (паспортные данные)

регистрация по адресу:

адрес проживания:

Тел. \_\_\_\_\_

E-mail (обязательно) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

(указываются причины обследования ребенка на ЦПМПК)

#### Прилагаемые документы:

- свидетельство о рождении ребенка (оригинал и копия);
- паспорт ребенка (при наличии) (оригинал и копия);
- паспорт родителя (законного представителя) (оригинал и копия);
- заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);
- характеристика обучающегося, выданную образовательной организацией (оригинал);
- направление образовательной организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);
- заключения специалистов образовательной организации (педагога-психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда) о проделанной работе по сопровождению обучающегося в ОО (при наличии);
- подробная выписка из медицинской карты;
- заключения врачей: психиатра, офтальмолога, отоларинголога, невролога (на отдельных бланках);
- копия справки МСЭ, действующая на период ГИА, и ИПРА/ИПР для детей-инвалидов, инвалидов;
- медицинское заключение о том, что обучающийся находится на стационарном лечении в медицинском учреждении (оригинал);
- медицинское заключение с рекомендациями об обучении на дому в текущем учебном году (копия, заверенная руководителем образовательной организации);
- приказ о переводе на обучение на дому в текущем учебном году (копия, заверенная руководителем образовательной организации);
- другое \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ »

дата оформления заявления

2023 г.

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)**

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

(дата, наименование выдавшего органа)

(телефон, e-mail)

**настоящим даю своё согласие на обработку в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Калининградской области своих персональных данных, к которым относятся:**

-данные, удостоверяющие личность (паспорт); данные о возрасте и поле; данные о гражданстве; адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия в реализации конституционного права на образование своего ребенка.

**Я даю согласие на использование персональных данных в целях:**

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;
- обеспечения личной безопасности обучающихся.

**Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.**

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам территориальным органам управления образованием, государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

**Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Калининградской области гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.**

Я проинформирован(а), что **Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Калининградской области** будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в **Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Калининградской области** письменного отзыва.

Согласен/согласна с тем, что **Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Калининградской области** обязана прекратить обработку персональных данных В течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество гражданина)

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



# СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РЕБЕНКА

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

Телефон, e-mail \_\_\_\_\_

Данные ребёнка: \_\_\_\_\_

( ФИО ребёнка полностью в именительном падеже )

На основании \_\_\_\_\_

свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ как его(её) законный представитель настоящим даю

своё согласие на обработку в \_\_\_\_\_ Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Калининградской области

персональных данных ребёнка, к которым относятся: данные, удостоверяющие личность ребёнка (свидетельство о рождении или паспорт); данные о возрасте и поле; данные о гражданстве; данные медицинской карты, полиса обязательного/добровольного медицинского страхования; данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций; ФИО родителя/законного представителя, кем приходится ребёнку, адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищённых обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определённым основаниям, предусмотренным законодательством (ребёнок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребёнок-сирота); форма получения образования ребёнком; изучение русского (родного) и иностранных языков; форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования; отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях; данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний/о рекомендациях к обучению в образовательной организации; данные медицинских обследований, медицинские заключения); сведения, содержащиеся в документах воинского учёта.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия ребёнку в реализации его конституционного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих; контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях: обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; учёта детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях; соблюдения порядка и правил приёма в образовательную организацию; учёта реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными государственными стандартами; учёта обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите; учёта данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии; использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещении в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним; заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования; обеспечения личной безопасности обучающихся.

Настоящим подтверждаю своё согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, (в том числе, передачу третьим лицам – территориальным органам управления образованием, государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделением полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Калининградской области гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Калининградской области будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребёнка на ПМПК. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию письменного отзыва.

Согласен /не согласен Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Калининградской области обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. родителя, (законного представителя) ребенка), подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка.

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