

## Анкета для родителей (дошкольник)

Адрес регистрации ребенка:

\_\_\_\_\_

Фактический адрес проживания ребенка:

\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_ Образование \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

Профессия, место работы \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество отца \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_ Образование \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

Профессия, место работы \_\_\_\_\_

Состав семьи (перечислите всех членов семьи) \_\_\_\_\_

Другие дети в семье:

Ф.И. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Где обучается \_\_\_\_\_

С какого возраста посещает дошкольное учреждение \_\_\_\_\_

Как привыкал ребенок к детскому саду \_\_\_\_\_

Удовлетворяет ли Вас уровень развития и воспитания в детском саду \_\_\_\_\_

Как ребенок общается со сверстниками \_\_\_\_\_

Аппетит ребенка (подчеркните):

избирательный, ест все,  
повышенный, пониженный, нормальный

Сон ребенка (подчеркните)

Спокойный, беспокойный, ходит, разговаривает во сне

Есть ли противоречия в методах воспитания ребенка со стороны родственников,  
какие \_\_\_\_\_

Есть ли у ребенка проблемы в поведении в детском саду, какие \_\_\_\_\_

Что тревожит вас в развитии ребенка \_\_\_\_\_

**По какой причине Вы обратились на ПМПК** \_\_\_\_\_

Какую помощь специалистов Вы хотели бы получить для ребенка \_\_\_\_\_

## Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся,

\_\_\_\_\_ ,  
Ф.И.О. полностью  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
по месту регистрации  
паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия и номер) (сведения о дате выдачи документа и выдавшем органе)  
являясь законным представителем \_\_\_\_\_ ,  
(ФИО ребенка)

в соответствии с требованиями Федерального Закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку в МОУ ППМС «Центр помощи детям», находящимся по адресу г. Рыбинск, ул. Крестовая, д.9 (далее - Оператор) своих персональных данных и персональных данных моего ребенка: ФИО, дата рождения, пол, адрес, телефон, социальный статус семьи, данные о состоянии его здоровья (физического и психического), уровень образования, наименование образовательного учреждения, рекомендации по обучению и воспитанию в целях оказания психолого-медико-педагогических услуг, а также обеспечения и реализации права ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на доступное и качественное образование.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные, в том числе систематизировать, накапливать, хранить, уточнять (обновлять, изменять), распространять (в том числе передавать персональные данные третьим лицам, с целью обеспечения эффективного управления специальным (коррекционным) образованием на различных уровнях), обезличивать, блокировать, уничтожать.

Оператор вправе при обработке персональных данных использовать автоматизированный, механический, ручной и иной способ обработки по усмотрению Оператора.

Согласие действует с момента подачи заявления до истечения не менее 10 лет после достижения ребенком с ОВЗ 18 лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я подтверждаю, что обработка и проверка персональных данных моего ребенка производятся Оператором с моего согласия.

Дата « » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)