

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 _____

Ф.И. _____ Возраст _____ Где обучается _____

Ф.И. _____ Возраст _____ Где обучается _____

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)