Перечень обязательных документов при заезде ребенка в ДОЦ «им. А.С. Пушкина»:

- Копия свидетельства о рождении ребенка или паспорта при достижении ребенком 14-летнего возраста
- Копия полиса обязательного медицинского страхования на ребенка – 2 шт.
- **Медицинская карта установленного образца форма № 079/у,** оформленная в лечебно-профилактическом учреждении по месту жительства с заключением врача о состоянии здоровья ребенка и сведениями об отсутствии медицинских противопоказаний к направлению ребенка в ДОЛ, выданная медицинской организацией не более чем за 14 дней до отъезда ребенка в ДОЛ. Перед выдачей справки ребёнок в обязательном порядке должен быть обследован на **гельминтозы, педикулёз и чесотку**. Результаты обследований вписываются в справку 079/у, либо прилагаются отдельной справкой. ***Обращаем внимание:*** *информация в медицинской карте должна быть полной и достоверной.*
- **Копия сертификата о прививках**, либо все прививки, а также туберкулиновые пробы, должны быть вписаны в медицинскую справку. **Важно!** Дети, которым не проводилась туберкулинодиагностика (отказ от проведения иммунологических проб), допускаются в коллектив **только при наличии** заключения врача фтизиатра об отсутствии заболевания.
- **Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя)на медицинское вмешательство** (согласно Приложению № 2 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051н)

Обращаем Ваше внимание*, что, **в случае отказа от подписания** информированного добровольного согласия родителя (законного представителя) на медицинское вмешательство, либо подписания информированного отказа от медицинского вмешательства, **администрация лагеря оставляет за собой право отказать в приёме ребенка в лагерь***.

- **Справка о санитарно-эпидемиологическом окружении** по месту жительства. Выдается амбулаторно-поликлиническим учреждением не ранее, чем за три дня до заезда в ДОЛ. Предоставляется подлинник документа.

Внимание! Справка должна содержать сведения об отсутствии контакта с инфекционными больными, в том числе с COVID-19, **в течение 21 календарного дня**.

- **Пояснительная записка от родителей в произвольной форме** обо всех имеющихся или ранее возникавших аллергических, кожных или необычных реакциях и проявлениях, которые наблюдались у вашего ребенка на приём лекарственных препаратов, пищевых продуктов, укусы насекомых и т.п. (на что именно, как проявлялось, применялись ли на данное состояние лекарственные препараты, какова была после них динамика).
- Результаты анализа на энтеробиоз – не ранее 10 дней до заезда.
- Результаты анализа на яйца-глист и простейшие - не ранее 10 дней до заезда.

!!! в справке обязательно должно быть указано «Он(а) допущен(а) к оздоровительному плаванию в бассейне»

- Согласие родителей (законных представителей) на использование и обработку персональных данных своих и ребёнка.
- **ДОВЕРЕННОСТЬ** на тренера (прилагается в документах)

Все документы представляются на русском языке или вместе с заверенным в установленном порядке переводом на русский язык. В случае сохранения ограничительных мер, вызванных рисками распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19), перечень документов может быть изменён. Отсутствие одного из вышеуказанных документов либо неполные или недостоверные сведения, представленные в документах, являются основанием для отказа в приёме ребенка в ДОЛ

!ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ ПОЕЗДА/АВИА!

- Оригинал документа на ребёнка (до 14 лет св-во о рождении с 14 лет паспорт) так же возможно оформить билеты на действующий загранпаспорт ребёнка.
- Справка из школы подтверждающая, что ребёнок учится в школе (НУЖНА ТОЛЬКО НА 1-Ю смену)

Все документы сдаются в прозрачном файле А4 на вокзале руководителю или тренеру

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина представителя)

«____» _____ _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____

представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, представитель по доверенности - *подчеркнуть*)

_____,

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

«____» _____ _____ года рождения, проживающего по адресу _____

_____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, представителем которого я являюсь, в медицинском пункте Частного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть», расположенного в Детском оздоровительном центре имени А.С. Пушкина (далее – МП Центра), а именно:

1. Физикальный осмотр (пальпация, перкуссия, аускультация), термометрия, тонометрия, сбор анамнеза, жалоб.
2. Антропометрические исследования.
3. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
4. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
5. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

В случае необходимости при возникновении неотложной ситуации я также даю согласие на оказание следующей медицинской помощи в МП Центра:

1. Проведение сердечно-лёгочной реанимации;
2. Иммобилизация при переломах;
3. Промывание желудка;
4. Очистительную и лечебную клизмы;
5. Обработку ран и наложение повязок;
6. Транспортировку СМП, медицинскую эвакуацию (в том числе Центром медицины катастроф), госпитализацию или оказание амбулаторной помощи в лечебных учреждениях, находящихся за пределами Центра.

В случае необходимости при возникновении неотложной ситуации я также даю согласие на проведение госпитализации или оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в лечебных учреждениях, находящиеся за пределами МП Центра, в том числе:

1. Анестезиологическое пособие;
2. Проведение сердечно-лёгочной реанимации;
3. Пункция суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств;
4. Иммобилизация и закрытая репозиция при переломах;
5. Промывание желудка;
6. Очистительная и лечебная клизмы;
7. Обработка ран и наложение повязок, швов;
8. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов;
9. Оказание гинекологической и урологической помощи;
10. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности;

Мне - представителю несовершеннолетнего разъяснено право ознакомиться с целями, методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, возможными вариантами медицинских

вмешательств, их последствий, в том числе вероятностью развития осложнений, возможностью направления несовершеннолетнего на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, находящиеся за пределами МП Центра, а также предполагаемыми результатами оказания медицинской помощи, находящимися на электронных ресурсах:

-Банк документов Министерства здравоохранения Российской Федерации - https://www.rosminzdrav.ru/documents

-Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) Министерства здравоохранения Российской Федерации - http://www.femb.ru/feml.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

(Заполняется в случае личного присутствия представителя при заезде несовершеннолетнего в Центр)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, возможность направления несовершеннолетнего на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, а также указанных в настоящем информированном добровольном согласии на виды медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

_____ _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись) (Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в Центр)

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мне понятны.

Настоящее согласие действует на время пребывания несовершеннолетнего в Центре. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Центра. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, представителем которого я являюсь

_____

(Ф.И.О. выбранного лица, контактный телефон)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья несовершеннолетнего не предоставлять.

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. представителя)

«_____» _____ 20_____ г.

(дата оформления)

Доверенность
на представление интересов несовершеннолетнего

Я, _____
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего, дата рождения),

паспорт серии___ ____ ____№_____, дата выдачи «_____» _____ _____ г.

кем выдан:_____
_____,

зарегистрирован(а) по адресу: _____,
являюсь законным представителем несовершеннолетнего
_____
(Ф.И.О., дата рождения ребенка)
настоящей доверенностью уполномочиваю:
_____
(Ф.И.О., дата рождения доверенного лица),
паспорт серии_____№_____, дата выдачи «__ __» ___ ____ _____г.
кем выдан: _____
_____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____,
быть представителем несовершеннолетнего ребенка
_____
(Ф.И.О., дата рождения, данные свидетельства о рождении или паспорта)
_____
во время пребывания в Детском оздоровительном центре им. А.С. Пушкина (далее – ДОЦ).

В связи с чем уполномочиваю выше упомянутого (тых) представителя (лей) от имени меня
_____
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего)
подавать заявление и другие документы, собирать и подписывать необходимые справки и документы, расписываться в листах ознакомления с нормативными документами ДОЦ и совершать другие действия, связанные с выполнением данного поручения. Подписание информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств в отношении несовершеннолетнего на основании предоставленной медицинским работником информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Настоящая доверенность действительна по «____ __ __»_____ 20_____ г.
дата окончания смены

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий третьему лицу и действительна с момента ее подписания при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт).

подпись законного представителя (Ф.И.О.)

Дата_____ _____

Согласие
на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну

Настоящим я, _____

ФИО законного представителя
паспортные данные: серия, номер, дата выдачи и выдавший орган
адрес

являясь в соответствии с _____

_____

реквизиты свидетельства о рождении, в случае опекунства / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство

законным представителем_____

ФИО лица, не достигшего 18 лет ,дата рождения

_____

адрес

паспортные данные: серия, номер, дата выдачи и выдавший орган (при наличии)

выражаю согласие на передачу сведений о состоянии его (ее) здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при его (ее) медицинском обследовании и лечении, работникам **ДОЦ им. А.С. Пушкина** в целях его (ее) медицинского обследования и лечения.

Дата _____ Подпись_____ Расшифровка_____

Даю согласие на обработку, как правило, без использования средств автоматизации путем хранения, извлечения, использования, уточнения, передачи (распространение, предоставление, доступ) медицинским организациям, обезличивания, блокирования, уничтожения в целях организации и оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в период отдыха и оздоровления в **ДОЦ им. А.С. Пушкина** следующих персональных данных:моих фамилии, имени, отчества, паспортных данных, адреса;
фамилии, имени, отчества несовершеннолетнего, его даты рождения, адреса, паспортных данных, реквизитов свидетельства о рождении (документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство), сведений о состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении.

Согласие предоставляется на безвозмездной основе на срок 4 месяца.

СОГЛАСИЕ
на использование и обработку персональных данных

Я, _____,
ФИО родителя или законного представителя
паспорт _____, выдан _____
серия номер когда, кем

_____

_____
(в случае опекунства / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

_____
адрес проживания
являющийся родителем (законным представителем) ребенка

_____
фамилия, имя, отчество ребенка
паспорт (свидетельство о рождении) _____, выдан_____
серия номер когда, кем

_____

_____
адрес проживания

на основании Семейного кодекса РФ и Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка (далее Ребенок) Детскому Оздоровительному Центру «им. А.С. Пушкина», расположенному по адресу: Астраханская область, Приволжский район,2 км. южнее с. Яксатово. Перечень своих персональных данных, на обработку которых даю согласие: фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта, сведения о выдаче паспорта, включая дату выдачи и код подразделения, место регистрации и место фактического проживания, номер домашнего и мобильного телефона, место работы, занимаемая должность, номер служебного телефона, дополнительные данные, которые я сообщил(а) в заявлении, договоре, других заполняемых мною документах.

Перечень персональных данных Ребенка, на обработку которых даю согласие: фамилия, имя, отчество, школа, класс, домашний адрес, дата регистрации по месту проживания, дата рождения, место рождения, серия и номер паспорта (свидетельства о рождении), сведения о выдаче паспорта (свидетельства о рождении), включая дату выдачи и код подразделения, серия и номер миграционной карты, вида на жительство, разрешения на временное проживание, телефон, адрес электронной почты, результаты участия Ребенка в различных олимпиадах, смотрах, конкурсах, соревнованиях и т.п., сведения о размере одежды, сведения о состоянии здоровья, дополнительные данные, которые я сообщил (а) в заявлении, договоре, других заполняемых мною документах.

Вышеуказанные персональные данные представлены с целью: использования ДОЦ «им. А.С. Пушкина» для формирования образовательным учреждением единого банка данных контингента детей; фото и видео съемки моего ребенка во время участия в программах и проектах, реализуемых во время смены, использования фото, видео и информационных материалов для коммерческих, рекламных и промо целей, связанных с деятельностью ДОЦ «им. А.С. Пушкина».

Я даю разрешение на безвозмездное использование фото- и видеоматериалов, а также других информационных материалов с участием моего ребенка во внутренних и внешних коммуникациях, фотографии и изображение 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.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, систематизация, накопление, автоматизированная обработка, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача вышеуказанных данных по запросу вышестоящей организации, по письменному запросу уполномоченных организаций, обезличивание и уничтожение персональных данных.

Я даю согласие на передачу всего объема персональных данных: в архив учреждения и (при необходимости) в другие архивы для хранения; транспортным компаниям; туристским и страховым компаниям; миграционной службе; медицинским и лечебным организациям и учреждениям; иным юридическим и физическим лицам – исключительно для нужд обеспечения участия Ребенка в программах ДОЛ (при обязательном условии соблюдения конфиденциальности персональных данных), а также на блокирование и уничтожение персональных данных.

Я согласен (-сна), что обработка персональных данных может осуществляться как с использованием автоматизированных средств, так и без таковых.

Данное согласие действует на весь период пребывания Ребенка в ДОЦ «им. А.С. Пушкина» и срок хранения документов в соответствии с архивным законодательством.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие, письменно уведомив об этом ДОЦ «им. А.С. Пушкина». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия ДОЦ «им. А.С. Пушкина» обязан прекратить обработку или обеспечить прекращение обработки персональных данных и уничтожить или обеспечить уничтожение персональных данных в срок, не превышающий 30 дней с даты поступления указанного отзыва. Об уничтожении персональных данных ДОЦ «им. А.С. Пушкина» обязан уведомить меня в письменной форме.

Дата: _____ Ф.И.О._____ Подпись _____

Начальнику ДОЦ им. А.С. Пушкина

от_____

(Ф.И.О. полностью)

_____

_____

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____

(ФИО родителя или законного представителя)

даю согласие моей дочери/моему сыну

_____

(фамилия имя, отчество ребенка

на участие в следующих видах активности:

№ п/п	Виды активности	Согласен	Не согласен
1.	Участие ребенка в образовательных, спортивных, развлекательных и иных мероприятиях, проводимых в ДОЦ им. А.С. Пушкина (далее – ДОЦ)		
2.	Участие в купаниях в бассейне ДОЦ		
3.	Участие в кружках и секциях ДОЦ		
4.	Участие в спортивных командных индивидуальных игровых видах спорта: футбол, баскетбол, волейбол, настольный теннис и др.		
5.	Проживание ребенка на 2 этаже двухэтажного спального корпуса ДОЦ		
6.	Посещение и пользование детскими, игровыми и спортивными площадками на территории ДОЦ		
7.	На психолого-педагогическое сопровождение в период нахождения на отдыхе в ДОЦ		
8.	На сдачу нормативов ГТО		

Противопоказания для участия в указанных видах активности отсутствуют.

_____ _____ «_» _____ 202___г.

(личная подпись) (ФИО родителя или законного представителя) (дата)

А Н К Е Т А

Смена №_____

Ф.И.О. кем заполняется анкета _____

Ф.И.О. ребенка _____

Возраст _____ лет полных, дата рождения (полностью) «_____» _____ 20_____

Характер Вашего ребенка (общительный, застенчивый и др.) _____

_____

Есть проблемы во взаимоотношениях со сверстниками _____ взрослыми _____

Увлечение Вашего ребенка, (какие кружки, секции посещает)_____

_____

Есть ли противопоказания для занятия спортом _____

Любит ли Ваш ребенок занятия физкультуры и спорта _____

Укажите медицинские противопоказания по продуктам питания и лекарства **(аллергия)**

_____

_____

Часто ли ребенок болеет простудными заболеваниями _____

Как адаптируется в новых условиях: нормально _____ или зависит от

_____

Дополнительные сведения о ребенке, на что нужно обратить внимание _____

_____

Ваш адрес _____

Контактный телефон: сот. _____ сот._____

Дата заполнения_____ Подпись_____

Правила:

- ценные вещи с собой не давать, база не несёт за них ответственность.
- Дети с признаками **ОРВИ** и повышенной температурой, не допускаются к посадке в автобус.
- При появлении симптомов **ОРВИ** во время выезда, ребёнка забирают родители. Денежные средства за неиспользованные дни возвращаются в полном объёме.

С правилами и информацией заезда ребенка **ОЗНАКОМЛЕНЫ**:

_____ /_____/

подпись родителя, дата расшифровка подписи