|  |  |
| --- | --- |
| **Приложение №2** | **Директору**  ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег»  Н. А. Амадзиевой |
|  |
| (ФИО родителя (законного представителя)) |
|  |
| (место жительства) |
|  |
|  | (телефон, E – mail) |

**З А Я В Л Е Н И Е**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО родителя (законного представителя))*

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*серия номер (когда, кем)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу принять мою (моего) дочь/сына)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО несовершеннолетнего ребенка, дата рождения)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В ГБОУ РД «Республиканский центр образования «Солнечный берег» в период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и обеспечить отдых и оздоровление ребенка по Дополнительным общеобразовательным общеразвивающим программам (далее ДООП), в рамках утвержденной рабочей программы воспитания (далее – Программа) ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег» на смену.

Паспорт (свидетельство о рождении) \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*серия номер (когда, кем)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_гражданство ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ограничений возможности здоровья и необходимости

*(отсутствие или наличие)*

создания специальных условий для отдыха, оздоровления и нахождения ребенка в ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег».

Инвалидность ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Копия документа прилагается).

*(в случае наличия, вписать группу инвалидности)*

Ознакомлен (а) с Уставом ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег», лицензией на осуществление образовательной деятельности, правилами внутреннего распорядка, содержанием программы и подтверждаю согласие на участие ребенка в указанной программе (размещенные на сайте <https://rdoockd.dagestanschool.ru/> в разделе «Сведения об образовательной деятельности» - «Документы»).

Даю согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя) Ребенка, а также Ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, при этом общее описание вышеуказанных способов обработки приведено в Федеральном законе от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Даю согласие на участие Ребенка в следующих активных видах деятельности:

1. Спортивные (гимнастика; купание (в бассейне); спортивные, командные, индивидуальные игровые виды спорта (футбол, волейбол, баскетбол, большой теннис, настольный теннис, водное поло); циклические и скоростно – силовые виды спорта, многоборье (легкая атлетика, бег, гребля, плавание, подтягивание, силовой спорт, фитнес, легкоатлетическое многоборье, спортивное ориентирование)).
2. Туристические (соревнование туристко – краеведческой деятельности направленности (зарница, туристический маршрут и др.) походы на гору, и экскурсии к достопримечательностям и музеям Республики)).
3. Иные мероприятия, проводимые в ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег», в рамках утвержденной программы воспитания и программы соответствующей смены.

При условии выбора ребенком указанных видов деятельности гарантирую отсутствие претензий к ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег» при получении ребенком травмы во время занятий при соблюдении ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег» всех необходимых требований охраны жизни и здоровья, при организации данных мероприятий. Противопоказания для участия в перечисленных видах деятельности у ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(указать противопоказания)*

Даю согласие на соблюдение ребенком правил, установленных в ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег». Ребенок также предупрежден о недопустимости нарушения в Центре установленных правил, и предупрежден о досрочном отчислении ребенка (Обучающегося) из Центра в случае их нарушения.

Даю согласие на возможное ограничение доступа ребенка к использованию мобильных устройств и средств доступа к сети «Интернет».

Даю согласие на личный осмотр\* и осмотр личных вещей моего ребенка при въезде/отъезде в (из) ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег», я подтверждаю, что давая такое согласие на проведение в целях обеспечения безопасности жизни и здоровья детей (Обучающихся), во исполнение Положения «О пропускном и внутриобъектовом режимах на территории Центра, наделенными соответствующими полномочиями должностными лицами личного осмотра и осмотра личных вещей моего ребенка, а также на осуществление иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка.

Даю согласие на участие ребенка в интервью, фото и видео съемке, на редактирование и использование фото -, видеозаписях в некоммерческих целях, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Также участие в рекламе ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег», включая печатную продукцию, размещение в сети «Интернет» и других средствах массовой информации.

Даю информационное добровольное согласие в случае наличия угрозы жизни и здоровья ребенка на оказание медицинской помощи в неотложной и экстренной формах, в стационарных условиях, трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов, а также иную медицинскую помощь, необходимую для сохранения жизни и здоровья, ребенка, включая доставление ребенка в медицинское учреждение и возвращение обратно в ГБОУ РД «РЦО «Солнечный берег», которое осуществляется медицинскими работниками Центра.

К заявлению прилагаю документы (копии документов) указанные в перечне документов на информационных стендах Центра и на сайте <https://rdoockd.dagestanschool.ru/> (в разделе «Информация для родителей» - «Документы»).

Подтверждаю достоверность информации, изложенной в настоящем заявлении, а также прилагаемых к нему документах. Вся указанная информация мною прочитана, обсуждена с ребенком, и я выражаю свое согласие с вышеуказанными условиями.

Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | « » 20 г. |
| Личная подпись | ФИО родителя (законного представителя) | дата |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***под осмотром подразумевается демонстрация ребенком личных вещей по просьбе сотрудников полиции или охраны Центра.

**Приложение №3**

**Информационное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

**Я**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО гражданина, родителя (законного представителя))*

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Законный представитель** (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО несовершеннолетнего до 15 лет, ФИО несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21 ноября 2013 г. № 317- ФЗ, **ДАЮ ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ** на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных на которые граждане дают информационное 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 г. №390н1 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получение первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ГБОУ РД «Республиканский центр образования «Солнечный берег» (далее – Центр).**

**Я доверяю** медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

**Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств (Перечень):**

1. Медицинский осмотр при заезде ребенка в Центр (Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию), в течение смены через каждые семь дней.
2. Проведение (антропометрических исследований) взвешивание, спирометрию и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка.
3. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез.
4. Информирование сотрудников (директора, заместителей директора, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья ребенка.
5. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья.
6. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка и за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней.
7. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.
8. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
9. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.
10. Термометрию, Тонометрию.
11. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
12. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
13. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
14. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
15. Анестезиологическое пособие.
16. Пункцию суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
17. Закрытую репозиция при переломах.
18. Промывание желудка.
19. Очистительная и лечебная клизма.
20. Обработка ран и наложения повязок, швов.
21. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.
22. Оказание гинекологической и урологической помощи.
23. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.
24. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами Центра.

**Я также даю согласие** на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1.3 ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

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 ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка 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 официальному 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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О. мед.работника, заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде в Центр)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1Загеристрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №240/82