Приложение 1

Директору ООО «ООЦ «ИЛОНА»

Золотаревой Людмиле Эдвардовне

*гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*место регистрации:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу зачислить моего ребенка

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

(Ф.И.О, гражданство, адрес места жительства, класс и профиль (при наличии) обучения по месту жительства)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

* Оздоровительно-образовательный центр «Илона» на \_\_\_ смену 2018 года.

*СВЕДЕНИЯ О ЗАКОННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ:*

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

(Ф. И.О., адрес места жительства, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Информирую Вас о \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ограничений возможности здоровья

(наличии/отсутствии)

* необходимости создания специальных условий

Примечания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(в случае инвалидности указать группу инвалидности)

* Уставом «ООЦ «ИЛОНА», сертификатом соответствия (с приложениями), с правилами пребывания в ООО «ООЦ «ИЛОНА» я ознакомлен(а). Документы размещены на сайте www.ilonacenter.ru.

Я, даю согласие:

1. на участие ребенка в следующих видах деятельности: плавание, в том числе подводное, в маске и ластах и иные виды плавания; занятия по программе «Семидневный фестиваль»; морские прогулки и весельная практика; занятия физической культурой и спортом, участие в спортивных соревнованиях; тренировочная деятельность профильных спортивных отрядов; катание на велосипеде и роликах; посещение аквапарка; участие в различных экскурсиях; иная деятельность, несущая в себе повышенную травмоопасность. В случае наличия у ребенка желания участвовать в указанных видах деятельности, законный представитель согласен на участие ребенка в указанных видах деятельности и гарантирует отсутствие претензий к ООО «ООЦ «ИЛОНА» в случае получения ребенком травмы, но при условии соблюдения ООО «ООЦ «ИЛОНА» всех необходимых требований к обеспечению охраны жизни и здоровья во время занятий.
2. на сдачу ценных вещей ребенка на хранение в специально отведенных местах (сейфы, камеры хранения), расположенных в Центре. В случае отказа от сдачи на хранение материальных ценностей Центр не несет за них ответственности;

Приложение 1

1. на фото и видео съемку моего ребенка во время участия в образовательных программах
	* проектах, реализуемых в ООО «ООЦ «ИЛОНА», а так же использовать эти фото, видео и информационные материалы в соответствие со следующими условиями. Я безвозмездно даю разрешение на использование фото- и видеоматериалов, а также информационных материалов с участием моего ребенка во внутренних и внешних коммуникациях, для коммерческих, рекламных и промо целей, связанных с деятельностью ООО «ООЦ «ИЛОНА». 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
	* 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;
2. в интересах сохранения жизни и здоровья ребенка, представлять его интересы и давать согласие на медицинское вмешательство в сторонних медицинских учреждениях, осуществляющих свою деятельность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Согласие на использование и обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи по установленной форме прилагаю.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Ф.И.О. полностью

Приложение 2

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

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

(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего до 18 лет)

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

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

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть)

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

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 18 лет)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные

* 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 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), **для получения первичной медико-санитарной** **помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)**, в Оздоровительно-образовательном центре «Илона».
	+ информирован и осознаю цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012,

№ 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о **состоянии моего здоровья/состоянии лица,** **законным** **представителем которого я являюсь** (ненужное зачеркнуть)

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

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

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Ф.И.О. полностью

Приложение 3

СОГЛАСИЕ

на использование и обработку персональных данных

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

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)*

на основании Семейного кодекса РФ и Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных моего ребенка

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

*(фамилия, имя, отчество ребенка)*

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

*(серия,* *номер)* *(когда, кем)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(адрес)*

(далее «Ребенок»), Оздоровительно-образовательный центр «Илона»(далее Центр), расположенному по адресу: 354207 Россия Краснодарский край Лазаревский район, в связи с направлением Ребенка в ООО «ООЦ «Илона» на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу персональных данных третьим лицам – транспортным компаниям, туристическим и страховым компаниям, иным юридическим и физическим лицам – исключительно для нужд обеспечения участия Ребенка в программах (при обязательном условии соблюдения конфиденциальности персональных данных), а также на блокирование и уничтожение персональных данных.

Перечень персональных данных Ребенка, на обработку которых дается 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, телефон, адрес электронной почты, фамилия, имя, отчество и номер телефона одного или обоих родителей (законных представителей) Ребенка, результаты участия Ребенка в различных олимпиадах, смотрах, конкурсах, соревнованиях и т.п., сведения о размере одежды, сведения о состоянии здоровья и иные необходимые данные.

Данным заявлением разрешаю считать общедоступными, в том числе выставлять в сети Интернет, следующие персональные данные моего ребенка: фамилия, имя, отчество, место проживания.

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

Настоящее согласие действует бессрочно.

* оставляю за собой право отозвать настоящее согласие, письменно уведомив об этом ООО «ООЦ «ИЛОНА».

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия ООО «ООЦ «ИЛОНА» 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 ООО «ООЦ «ИЛОНА» обязан уведомить меня в письменной форме.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Приложение 4. Подготовлено с использованием системы **КонсультантПлюс** |  |
|  |  | Приложение № 17 |  |
|  |  | к приказу Министерства здравоохранения |  |
|  |  | Российской Федерации |  |
|  |  | от 15 декабря 2014 г. № 834н |  |
| Наименование медицинской организации | Код формы по ОКУД |  |  |
|  |  | Код учреждения по ОКПО |  |  |
|  |  | Медицинская документация |  |
|  |  |  |
| Адрес | Форма № 079/у |  |
|  |  | Утверждена приказом Минздрава России |  |
|  |  | от 15 декабря 2014 г. № 834н |  |

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА**

**на ребенка, отъезжающего в санаторный оздоровительный лагерь**

1. Фамилия, имя, отчество ребенка



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Пол** | 1. Мужской |  | 2. Женский |  | **3. Дата рождения** |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |

1. **Место регистрации: субъект Российской Федерации**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| район |  |  |  | город |  |  |  |  | населенный пункт |  |  |  |  |
| улица |  |  |  |  |  |  | дом |  |  | квартира |  |  | тел. |  |  |
| 5. № школы |  | класс |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Перенесенные детские инфекционные заболевания
1. Проведенные профилактические прививки
2. Состояние здоровья:



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Диагноз: |  | код по МКБ-10 |
|  |  |  | код по МКБ-10 |
|  |  |  | код по МКБ-10 |
|  |  |  | код по МКБ-10 |

1. Физическое развитие
2. Физкультурная группа
3. Рекомендуемый режим
4. Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| М.П. |  |  |  |
| “ | ” | 20 | года |

Приложение 4. Подготовлено с использованием системы **КонсультантПлюс**

оборотная сторона ф. № 079/у

**Заполняется врачом санаторного оздоровительного лагеря**

1. Состояние здоровья во время пребывания в санаторном оздоровительном лагере:

1. Перенесенные заболевания
2. Контакт с инфекционными больными

**Эффективность оздоровления в санаторном оздоровительном лагере**

1. Общее состояние в динамике

17. Масса тела: при поступлении при отъезде

1. Динамометрия
2. Спирометрия
3. Фамилия, инициалы и подпись врача санаторного оздоровительного лагеря

“ ” 20 года

Справка подлежит возврату в детскую поликлинику.