**Список необходимых документов для участников Межрегиональной смены «Здоровое питание школьника»**

Участнику Смены необходимо иметь при себе:

1. **Копию свидетельства о рождении ребенка**. В случае достижения ребенком 14 летнего возраста – копию паспорта ребенка (разворот с фотографией, разворот с местом регистрации).
2. **Копию страхового медицинского полиса ребенка**.
3. **Медицинская карта установленного образца форма № 079/у** (приложение 1), 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 лагерь, выданная медицинской организацией не более чем за 14 дней до отъезда ребенка в лагерь. Перед выдачей справки ребёнок в обязательном порядке должен быть обследован на гельминтозы (энтеробиоз и гименолепидоз), педикулёз и чесотку согласно Постановлению Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. N 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» п. 3263, 3343.  Результаты обследований вписываются в справку 079/у, либо прилагаются отдельной справкой. Обращаем внимание: информация в медицинской карте должна быть полной и достоверной.

**Внимание!** Если ребёнок состоит на диспансерном учёте, то необходимо заключение профильного специалиста с указанием рекомендаций для данного ребёнка, рекомендаций по приему лекарственных препаратов с указанием дозы, кратности и длительности приёма в случае, если ребёнок нуждается в постоянной поддерживающей терапии. При отсутствии рекомендаций препараты, привезённые с собой, ребёнку даваться не будут. Записи родителей медицинскими рекомендациями не являются. Приём и хранение лекарственных препаратов осуществляется в медицинском пункте лагеря.

**Внимание!** При заболевании и госпитализации ребёнка в лечебные учреждения на территории либо за пределы ОЛ «Вастома» родители (законные представители) информируются медицинским работником лагеря не позднее суток с момента госпитализации по телефону, указанному родителями (законными представителями) в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, прочим лицам информация о состоянии здоровья ребёнка не предоставляется.

**Противопоказания для приема в лагерь и порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период пребывания утверждены согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2018 г. № 327н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха».**

1. **Копия сертификата о прививках**, либо все прививки, а также туберкулиновые пробы, должны быть вписаны в медицинскую справку. Важно! Дети, которым не проводилась туберкулиндиагностика (отказ от проведения иммунологических проб), допускаются в коллектив только при наличии заключения врача фтизиатра об отсутствии заболевания, согласно Постановлению Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. N4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» п. 823, 825, 826
2. **Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя) на медицинское вмешательство** (приложение 2). Обращаем внимание, что, в случае отказа от подписания информированного добровольного согласия родителя (законного представителя) на медицинское вмешательство, либо подписания информированного отказа от медицинского вмешательства, родителям необходимо иметь электронную подпись для дистанционного подписания согласия либо находиться в непосредственной близости от лагеря и иметь возможность оперативного прибытия и подписания согласия на медицинское вмешательство в случае возникновения необходимости.
3. **Справка о санитарно-эпидемиологическом окружении** по месту жительства. Выдается амбулаторно-поликлиническим учреждением не ранее, чем за **три дня** до выезда в ДО «Вастома». Предоставляется подлинник документа.

**ВНИМАНИЕ!** Согласно постановлению Главного государственного санитарного врача РФ от 28 сентября 2020 г. N 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» П 3.11.2 справка должна содержать сведения об отсутствии контакта с инфекционными больными, в том числе с COVID-19, **в течение 21 календарного дня**.

1. **Согласие родителей (законных представителей) на использование и обработку персональных данных своих и ребёнка** (приложение 3).
2. **В случае самостоятельного приезда/отъезда ребёнка в
ДО «Вастома» родителям (законным представителям) необходимо оформить письменное нотариально заверенное согласие родителей (отца и матери) или законного представителя на самостоятельное передвижение по территории РФ и заявление родителя** (приложение 4)**.**

Приложение 1

**Приложение N 17
к**[**приказу**](https://base.garant.ru/70877304/)**Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. N 834н
(с изменениями от 9 января 2018 г.)**

Наименование медицинской организации Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Медицинская документация**

 **Учетная форма N 079/у**

 **утверждена** [**приказом**](https://base.garant.ru/70877304/)

 **Минздрава России**

 **от 15 декабря 2014 г. N 834н**

**Медицинская справка**

**о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию**

**отдыха детей и их оздоровления**

 1. Фамилия, имя, отчество ребенка

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

 /-------------------\

 2. Пол: муж., жен. 3. Дата рождения | | |.| | |.| | | | |

 \-------------------/

 4. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. N школы \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_

 6. Перенесенные детские инфекционные заболевания

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

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

 7. Проведенные профилактические прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 8. Состояние здоровья:

 Диагноз заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://base.garant.ru/4100000/) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://base.garant.ru/4100000/) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://base.garant.ru/4100000/) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://base.garant.ru/4100000/) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных

 препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов

 лечебного питания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 10. Физическое развитие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Медицинская группа для занятий физической культурой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 12. Нуждаемость в условиях доступной среды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 13. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период

 пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления

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

 14. Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации

 отдыха детей и их оздоровления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 16. Фамилия, инициалы и подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 МП

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 2

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

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

(Ф.И.О. гражданина)

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

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

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

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

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

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 медикосанитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года №24082) (далее - Перечень), для получения первичной медикосанитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в детском оздоровительном лагере «Вастома»

В случае необходимости при возникновении неотложной ситуации я даю согласие на проведение:

1. Анестезиологического пособия;
2. Пункции суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств;
3. Закрытую репозицию при переломах;
4. Промывание желудка;
5. Очистительную и лечебную клизму;
6. Обработку ран и наложение повязок, швов;
7. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов;
8. Оказание гинекологической и урологической помощи;
9. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности;
10. Госпитализацию по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами лагеря.

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.

Мне - родителю (законному представителю) ребенка 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 ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, 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 родителя (законного представителя) при заезде ребенка в ДО «Вастома»)

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. 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 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись) (Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в ДО «Вастома»)

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

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

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

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

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

 (дата оформления)

Приложение 3

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 лагерю «Вастома», расположенному по адресу: 431660, Республика Мордовия, Ичалковский район, поселок Смольный, улица Алатырская, дом 5, в связи с направлением Ребенка в ДО «Вастома» для обучения по реализуемой в лагере образовательной программе.

 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
ДО «Вастома» для формирования единого банка данных контингента детей в целях осуществления фото и видео съемки моего ребенка во время участия в образовательных программах и проектах, реализуемых в ДО «Вастома»; использования фото, видео и информационных материалов для коммерческих, рекламных и промо целей, связанных с деятельностью ДО «Вастома»; использования при наполнении информационных ресурсов и печатных СМИ.

 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 образовательных программах (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 ДО «Вастома» и срок хранения документов в соответствии с архивным законодательством.

 Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие, письменно уведомив об этом ДО «Вастома». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия ДО «Вастома» 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 ДО «Вастома» обязан уведомить меня в письменной форме.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Фамилия, инициалы

Приложение 4

Директору

ГБПОУ РМ «Ичалковский педагогический колледж»

А.И. Овтайкину

 (от) Ф.И.О. родителя

 Заявление

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирована: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу разрешить самостоятельный выезд моей несовершеннолетней дочери(сына): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_из детского лагеря «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» ДО «Вастома» по окончании \_\_\_ смены, на основании нотариально удостоверенного согласия от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на самостоятельное передвижение без сопровождения взрослых по территории Российской Федерации, в том числе, разрешаю ей подписывать необходимые документы, связанные с выездом из детского лагеря.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, после убытия моей дочери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ из детского лагеря
ДО «Вастома», принимаю на себя ответственность за жизнь и здоровье своего несовершеннолетнего ребенка и принимаю все необходимые решения о защите прав и законных интересов ребенка, в том числе по вопросу медицинского вмешательства, в случае возникновения необходимости.

число, месяц, год, подпись, расшифровка