



МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗАГОРОДНЫЙ ДЕТСКИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЛАГЕРЬ «ОГОНЕК»
МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА УФИМСКИЙ РАЙОН
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

От «03» апреля 2018 года

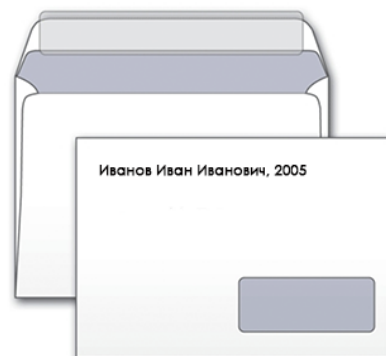
Уважаемые родители!

Для отдыха в МАУ ЗДОЛ «Огонек» потребуются следующие документы ребенка:

1. Путевка – для стационарного лагеря, Заявление – для палаточного лагеря;
2. Свидетельство о рождении ребенка или его паспорт - копия;
3. Медицинский полис - копия;
4. Медицинская справка по форме №079/у (заполняется участковым врачом);
5. Справка от врача, разрешающая посещение бассейна;
6. Разрешение педиатра на занятие отдельными видами спорта (футбол, волейбол, пионербол, ГТО, бег, тренажеры);
7. Анкета для родителей;
8. Согласие на использование и обработку персональных данных ребенка;
9. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
10. Согласие родителей (опекунов) на психологическое сопровождение ребёнка.

Уважаемые родители и законные представители!

Убедительно просим Вас все необходимые для лагеря документы ребенка складывать в один конверт (он указан на рисунке). Это делается для того, чтобы избежать потери документов ребенка, поскольку файл недостаточно надежен. Спасибо за понимание!



Администрация МАУ ЗДОЛ «Огонек»

СОГЛАСИЕ

на использование и обработку персональных данных ребенка

Я, _____,
(ФИО родителя или законного представителя)

паспорт _____, выдан _____
(серия, номер) (когда, кем)

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

_____ (адрес)

даю согласие на обработку персональных данных моего ребенка

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка)

паспорт (свидетельство о рождении) _____, выдан _____
(серия, номер) (когда, кем)

_____ (адрес)

(далее «Ребенок»), муниципальному автономному учреждению загородному детскому оздоровительному лагеря «Огонек» муниципального района Уфимский район Республики Башкортостан (юридический адрес: 450533, Республика Башкортостан, Уфимский район, СП Таптыковский сельсовет, д. Глумилино, ул. Садовая, д. 18) (далее МАУ ЗДОЛ «Огонек»), для обеспечения участия Ребенка в программах и мероприятиях, реализуемых МАУ ЗДОЛ «Огонек».

Перечень персональных данных Ребенка, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, 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, фамилия, имя, отчество и номер телефона одного или обоих родителей (законных представителей) Ребенка, сведения о состоянии здоровья.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении персональных данных Ребенка, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая 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 и мероприятиях, реализуемых МАУ ЗДОЛ «Огонек» (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.

Обработка персональных данных осуществляется в соответствии с нормами Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г.

Данное Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение 75 лет. Я уведомлен(-а) о своём праве отозвать настоящее согласие в любое время. Отзыв производится по моему письменному заявлению в порядке, определённом законодательством Российской Федерации. Мне известно, что в случае исключения следующих сведений: «фамилия, имя, отчество Ребенка, 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, фамилия, имя, отчество и номер телефона одного или обоих родителей (законных представителей) Ребенка, сведения о состоянии здоровья», Ребенок не сможет участвовать в программах реализуемых МАУ ЗДОЛ «Огонек».

_____ (фамилия, имя, отчество)

подпись / ФИО

« _____ » _____ 2018 г.

БАШКОРТОСТАН РЕСПУБЛИКАҢЫ
МУНИЦИПАЛЬ РАЙОН
ӨФӨ РАЙОНЫ
БАЛАЛАР ҺАУЫКТЫРЫҘУ ЛАГЕРЫ
"ОГОНЕК" МУНИЦИПАЛЬ АВТОНОМ
УЧРЕЖДЕНИЕҢЫ

450533, БР, Өфө районы,
Таптыков ауылсоветы, Глумилино,
а., Баксасылар урамы, 18 йорт
Тел.: +7(937) 475-58-08
e-mail: sportogonek@mail.ru
ИН 0245953498, ОГРН 1160280123211



МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗАГОРОДНЫЙ ДЕТСКИЙ
ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЛАГЕРЬ «ОГОНЕК»
МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
УФИМСКИЙ РАЙОН
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

450533, РБ, Уфимский район,
СП Таптыковский сельсовет, д. Глумилино,
ул. Садовая, д. 18
Тел.: +7(937) 475-58-08
e-mail: sportogonek@mail.ru
ИНН 0245953498, ОГРН 1160280123211

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

Паспортные данные: Серия _____ № _____, выдан _____

Дата рождения _____ г.

Проживающий по адресу: _____

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

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21. 11. 2011г. № 323 « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 25. 11. 2013г. №317-ФЗ даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

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.

Согласно Приказу МЗСР РФ от 23. 04. 2012г. № 390н я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Оказание психиатрической помощи.

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.

Законный представитель пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Дата « ____ » _____ 2018 г.

МАУ ЗДОЛ «Огонек» МР Уфимский район РБ

Согласие родителей (опекунов) на психологическое сопровождение ребёнка

Я _____

согласен(а) на психологическое сопровождение моего ребёнка

(Ф.И.О.) _____ г.р.

Ученика(цы) _____ кл _____ школа _____

Психологическое сопровождение ребёнка включает в себя: психологическую диагностику, наблюдение в период адаптации, участие в развивающих занятиях, при необходимости посещение ребёнком развивающей группы индивидуально, консультирование родителей.

Психолог обязуется:

- предоставлять информацию о результатах психологического обследования ребёнка при обращении родителей (опекунов);
- не разглашать информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребёнком и его родителями.

Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:

- Если ребёнок сообщит о намерении нанести серьёзный вред себе или другим лицам.
- Если ребёнок сообщит о жестоком обращении с ним или другими.
- Если материалы работы будут затребованы правоохранительными органами.

О таких ситуациях Вы будете информированы

Родители (опекуны) имеют право:

- обратиться в службу социально-психологической помощи по интересующему вопросу по адресу: РБ, Уфа, ул. Р. Зорге 19\2, телефон: (347) 216-50-72 с 09.00 до 16.00

С условиями согласен(а): _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Дата « _____ » _____ 2018 г.