

**Зачисление участников  
в рамках организации военно-полевых сборов для детей и молодежи на  
основании следующих документов:**

**-Медицинская справка для ребенка (079 у), отъезжающего в загородный лагерь (срок действия справки – 10 дней);** с результатами анализов: кал на я/глист и соскоб на энтеробиоз, **с пометкой сведения о прививках, перенесённых заболеваниях, в том числе инфекционных**

- копия заверенная мед. Работником прививочного сертификата;

-справка лечебного учреждения об отсутствии контакта с инфекционными и паразитарными болезнями за последние 21 день (эпид.окружение), выданная не ранее, чем за 3 рабочих дня до отъезда на военно-полевые сборы для детей и молодежи.

-копия свидетельства о рождении и полис (оригинал+копия) обязательного медицинского страхования на несовершеннолетнего участника лагеря;

- копия паспорта с пропиской законного представителя;

- заявка для участия в военно-спортивном лагере;

- соглашение на оказание услуг по организации отдыха в военно-спортивном лагере;

- информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санаторной помощи

- Обязательство, регистрационный лист и др. бланки, заполненные родителями;

**В случае отсутствия или неполного предоставления комплекта документов, организатор имеет право не принимать участника до момента устранения нарушений.**

Директору ГАУ ДО ТО «РЦДППВ «Аванпост»  
Н.Ю.Савченко

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу \_\_\_\_\_ принять \_\_\_\_\_ моего \_\_\_\_\_ сына/дочь

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ на участие в военно-полевых сборах  
для детей и молодежи.

«27» июня по «03» июля 2024 г.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2024г. \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) ( \_\_\_\_\_ ) (подпись)

Директору ГАУ ДО ТО «РЦДППВ «Аванпост»  
Н.Ю.Савченко

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

проживающего (ей) по адресу:

\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

**Согласие родителей (законных представителей)  
на размещение фотографий и видеосюжетов с участием их ребенка  
на страницах сети Интернет, использование в рекламной продукции**

Я, \_\_\_\_\_ являюсь родителем (законным представителем)

*ФИО*

\_\_\_\_\_

*ФИО ребенка*

В соответствии со ст. 125.1 Гражданского кодекса РФ выражаю свое согласие на размещение фотографий и видеосюжетов с участием моего ребенка на занятиях, в режимных моментах и на иных мероприятиях во время нахождения ребенка на военно-полевых сборах для детей и молодежи муниципального округа Пуровский район, на следующих страницах сети Интернет:

официальный сайт - [avanpost-72.ru](http://avanpost-72.ru);

страница социальной сети «ВКонтакте» - [avanpost72](https://vk.com/avanpost72);

страница социальной сети «Telegram» - <https://t.me/avanpost72>;

а также использовать в рекламной, в том числе печатной продукции ГАУ ДО ТО «РЦДППВ «Аванпост».

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 года

\_\_\_\_\_

*Подпись родителя*

*(законного представителя)*

**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ЛИСТ РЕБЁНКА**  
**Ознакомление с Правилами пребывания**  
**на военно-полевых сборах для детей и молодежи**

1. Фамилия, имя ребенка \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_ 3. Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

4. ФИО родителей \_\_\_\_\_

сотовые и служебные телефоны \_\_\_\_\_

5. Данные ближайших родственников \_\_\_\_\_

домашние и служебные телефоны \_\_\_\_\_

для экстренной связи \_\_\_\_\_

6. Информация мед. персоналу: \_\_\_\_\_

хронические заболевания Вашего ребенка, \_\_\_\_\_

перенесенные операции и заболевания, \_\_\_\_\_

освобождение от физических нагрузок (указать, от каких именно), \_\_\_\_\_

лекарства, недопустимые для лечения Вашего ребенка, \_\_\_\_\_

любые физические, психологические или умственные особенности Вашего ребенка, которые требуют особого внимания \_\_\_\_\_

7. Аллергия (на пищу, лекарства, растения, насекомых) \_\_\_\_\_

8. Ограничения в питании, диета \_\_\_\_\_

9. Употребляет ли Ваш ребенок лекарственные спец. препараты (указать какие и приложить рекомендации лечащего врача) \_\_\_\_\_

10. На что Вы рекомендуете обратить внимание воспитателям: склонности Вашего ребенка, особенности поведения и характера, привычки, особенности общения со сверстниками \_\_\_\_\_

11. Чему бы Ваш ребенок хотел научиться в лагере, чем хотел бы заниматься (спорт, рисование, хореография и т.д.) \_\_\_\_\_

12. Дополнительная информация о Вашем ребенке (в том числе, кому из совершеннолетних родственников разрешено посещать Вашего ребенка) \_\_\_\_\_

13. Ребенок может быть отчислен из лагеря за грубое нарушение мер собственной безопасности, самовольный уход с территории лагеря или из корпуса после отбоя, самовольное купание в водоеме; за вымогательство, угрозы, кражи, применение действий, словесных выражений, поступков, оскорбляющих достоинство другого человека; за нанесение материального ущерба лагерю, грубое невыполнение распорядка дня; за употребление спиртных напитков, наркотиков, курение; за обнаружение у ребенка медицинских противопоказаний к пребыванию в лагере.

14. За нанесение материального ущерба лагерю родители выплачивают денежную компенсацию в размере 100% от стоимости имущества по ценам на текущий период, с учетом амортизации: за битые стекла, раковины, плафоны, за ломаную и испорченную мебель, за испачканные стены и испорченные постельные принадлежности, за имущество лагеря, пострадавшее в результате поджога.

15. Уважаемые родители, во избежание недоразумений, просим Вас не давать детям дорогостоящие предметы, в том числе радио-, видеотехнику, мобильные телефоны и ювелирные изделия. За вещи, не сданные на ответственное хранение, администрация лагеря ответственность не несет.

С пунктами 13, 14 и 15 данных Правил пребывания детей в ГАУ ДО ТО РЦДППВ «Аванпост» ознакомлен(а):

Подпись ребенка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (расшифровать)

Подпись родителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (расшифровать)

Директору ГАУ ДО ТО «РЦДППВ «Аванпост»  
Н.Ю.Савченко

от \_\_\_\_\_

проживающего (ей) по адресу:

тел. \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации**

Я, \_\_\_\_\_

Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, иного законного представителя

Проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

контактный телефон

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь,

При оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации, в том числе при подозрении на новую коронавирусную инфекцию (COVID 19).

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку, решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи оздоровительной и медицинской организации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи с учетом предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID 19).

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации

с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024г. до « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024г.

подпись

Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

подпись

Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

«« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.

**Перечень**

**видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа 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 электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, 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, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

проживающего (ей) по адресу:

\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

### ОБЯЗАТЕЛЬСТВО

Я, \_\_\_\_\_,

ФИО полностью

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

адрес проживания/прописки

являюсь отцом (матерью) несовершеннолетнего(ей) \_\_\_\_\_

ФИО

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения

✓ Настоящим сообщаю, что мой сын (дочь) не употребляет наркотических сильнодействующих психотропных медицинских веществ и токсических средств, не имеет алкогольной зависимости, не имеет табачной зависимости, не склонен (не склонна) к хищению чужого имущества, нарушению общественного порядка, не является членом неформального антиобщественного объединения, не судим (не судима) и не склонен (не склонна) к иным противоправным антиобщественным проявлениям

Подпись

Я гарантирую соблюдение мной и моим сыном (дочерью) Правил внутреннего распорядка обучающихся (далее – Правил), исполнение правил техники безопасности и пожарной безопасности, санитарно-гигиенических норм, исполнение законных требований. С возможностью применения по отношению к моему (моей) сыну (дочери) мер пресечения правонарушений несовершеннолетних в соответствии с нормами законодательства Российской Федерации ознакомлен (а) \_\_\_\_\_.

Подпись

✓ В случае нарушения моим сыном (дочерью) вышеуказанных Правил и Положения обязуюсь оплатить стоимость проезда моего сына (дочери) от места дислокации до места постоянного проживания, а также стоимости проезда сопровождающего туда и обратно \_\_\_\_\_.

Подпись

✓ Подтверждаю, что ознакомлен с Уставом, локальными нормативно-правовыми актами организации ГАУ ДО ТО «РЦДППВ «Аванпост».

✓ Подтверждаю, что ознакомлен с Порядком приема и размещения граждан в организациях отдыха детей и их оздоровления Тюменской области (далее – Порядок) с целью снижения рисков заболеваемости детей и организаторов детского отдыха в период \_\_\_\_\_ распространения \_\_\_\_\_ новой \_\_\_\_\_ коронавиральной \_\_\_\_\_ инфекции \_\_\_\_\_ (COVID-19) \_\_\_\_\_.

Подпись

✓ По результатам рассмотрения вышеуказанных документов о пребывании моего ребенка в Организации, представителем Организации в доступной для меня форме разъяснены правила и возможность пребывания моего ребенка на территории Организации, после чего я выражаю свое согласие на его нахождение в Организации ГАУ ДО ТО «РЦДППВ «Аванпост». \_\_\_\_\_.

Подпись

В том числе, я проинформирован, мне разъяснено, что в случае необходимости, при проявлении у моего ребенка, признаков заболевания, он будет изолирован в медицинское учреждение, возможно госпитализирован. В случае контакта моего ребенка с человеком, имеющим подозрение на заболевание новой коронавиральной инфекцией, мой ребенок может быть обследован, находиться в карантине и ему с профилактической целью может быть назначено применение рекомбинантного интерферона альфа-2b интраназально (гриппферон) \_\_\_\_\_.

Подпись

✓ Я подтверждаю, что по месту жительства и в семье отсутствуют больные и контакты с больными новой коронавиральной инфекцией \_\_\_\_\_.

Подпись

✓ Я подтверждаю, что в течение 30 дней мой ребенок и члены моей семьи не посещали зарубежные страны и другие регионы РФ \_\_\_\_\_.

Подпись

✓ Я подтверждаю, что в случае обнаружения новой коронавиральной инфекции у людей, находившихся в контакте с моим ребенком до его отъезда в Организацию, незамедлительно проинформирую об этом Организацию по телефону: указать номер телефон Организации \_\_\_\_\_.

Подпись

✓ Я добровольно сообщаю индивидуальные особенности ребёнка, привычки, зависимости, перечень принимаемых лекарств \_\_\_\_\_.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись

ФИО

Контактный телефон. \_\_\_\_\_