**Приложение № 1 к Заявлению Родителя**

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) РЕБЕНКА**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ,   
 (Ф.И.О. родителя)

удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(тип документа, серия, номер, кем и когда выдан)

являясь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

(далее - **Ребенок**), документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(тип документа, серия, номер, кем и когда выдан)

приходящегося мне , в связи с участием Ребенка в смене «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», проводимой на базе Оздоровительно-образовательного комплекса «Байтик», с \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 года (далее – **Смена**), даю согласие ООО «Центр ИТО» о нижеследующем:

**Я даю своё согласие своей волей, в своем интересе и в интересах Ребенка на обработку Оператором – ООО «Центр ИТО» (далее - Оператор) моих персональных данных и персональных данных моего Ребенка,** включая их получение от меня и/или от любых третьих лиц, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ. Настоящее согласие дается мною:

в рамках и целях исполнения Оператором (а также третьими лицами, непосредственно оказывающими услуги, входящие в содержание оказываемых услуг) обязательств по проведению Смены.

в целях информирования меня об оказываемых услугах по настоящему договору;

в целях информирования меня о новых услугах ООО «Центр ИТО», в том числе путем e-mail- и смс-рассылки;

Данное согласие распространяется на следующую информацию:

ФИО, год, месяц, день рождения, пол, паспортные данные (все), адрес места жительства (фактический и по паспорту);

контактные номера телефонов;

адрес электронной почты;

сведения о страницах в социальных сетях.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, а именно, на обработку персональных данных, т.е. любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Также даю согласие на обработку персональных данных ребенка относительно его медицинской информации для осуществления хранения на период Смены и при необходимости медицинского вмешательства – даю согласие на передачу информации в соответствующую медицинскую организацию.

Настоящее согласие дается мной до даты его письменного отзыва.

**Я даю согласие ООО «Центр ИТО» на фото- и видеосъемку моего Ребенка** в рамках его участия в Смене, проводимой на базе Оздоровительно-образовательного комплекса «Байтик» и использование фото- и видеоматериалов с изображением несовершеннолетнего в целях:

* публикации на официальных сайтах и страницах ООО «Центр «ИТО» в социальных сетях с целью информирования о мероприятиях, проводимых в период сезона;
* публикации в региональных и федеральных СМИ;
* публикации в рекламных материалах ООО «Центр «ИТО».

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении фото- и видеоматериалов с изображением несовершеннолетнего, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение), использование, публикацию, обезличивание, блокирование, уничтожение фото- и видеоматериалов с изображением несовершеннолетнего, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Согласие на фото- и видеосъемку действует в период проведения Смены в Оздоровительно-образовательном комплексе «Байтик».

Согласие на обработку и публикацию фото- и видеоматериалов действует до письменного отзыва настоящего согласия.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

**Я даю согласие на участие Ребенка в дополнительных мероприятиях физкультурно-спортивной направленности и иных активностях в рамках лагерной смены в оздоровительно-образовательном комплексе «Байтик», требующих повышенной физической нагрузки.**

Дополнительно сообщаю, что

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

*(укажите важную информацию об ограничениях при участии в мероприятиях)*

Данное согласие действует в период проведения Смены в Оздоровительно-образовательном комплексе «Байтик».

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по собственной воле и в интересах Ребенка.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение №2 к Заявлению Родителя**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**в период пребывания ребенка в ООК «Байтик»**

Я, , тел: , проживающий (-ая) по адресу:   
 (Ф.И.О. родителя/законного представителя, контактный телефон)

г. , ул , дом. , кв. , законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (ФИО ребенка) в соответствии с требованиями статьи №20 Федерального закона от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 25.11.2013 № 317 даю ООО «Центр ИТО» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Сообщаю следующие данные о состоянии здоровья Ребенка.

**МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ (сведения собираются с соблюдением полной конфиденциальности, для более качественного оказания услуг)**

* хронические заболевания \_
* склонность к простудным заболеваниям\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* диабет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* эпилепсия (наличие эпилептических припадков) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* энурез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* как переносит солнце\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* аллергические реакции (если были, указать, когда – даже единичный случай, начиная с рождения, на что, как проявляется, какие необходимы средства для снятия аллергии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* есть ли аллергические реакции на лекарственные препараты (указать, на какие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* есть ли аллергические реакции на пищевые продукты (указать на какие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* реакция на укусы насекомых \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* укачивает ли в транспорте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* с какими болезнями лежал в больнице (указать, когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* операции (если были, указать, какие и когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* переломы (если были, указать, какие и когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* сотрясения мозга (если были, указать, какой степени и когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* делали ли прививку против клещевого энцефалита \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* есть ли необходимость в приеме лекарственных средств и иных препаратов, необходимых ребенку (если есть, указать какие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Что еще Вы считаете необходимым рассказать о своем ребенке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Я гарантирую, что Участник в момент начала оказания услуг не страдает следующими видами заболеваний и не имеет следующих медицинских противопоказаний для пребывания в организациях отдыха согласно Приказа Минздрава России от 13.06.2018 N 327н (в редакции от 17.07.2019):

соматические заболевания в острой и подострой стадии, хронические заболевания в стадии обострения, в стадии декомпенсации; инфекционные и паразитарные болезни, в том числе с поражением глаз и кожи, инфестации (педикулез, чесотка) - в период до окончания срока изоляции; установленный диагноз "бактерионосительство возбудителей кишечных инфекций, дифтерии"; активный туберкулез любой локализации; наличие контакта с инфекционными больными в течение 21 календарного дня перед заездом; отсутствие профилактических прививок в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; злокачественные новообразования, требующие лечения, в том числе проведения химиотерапии; эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению; эпилепсия с медикаментозной ремиссией менее 1 года; кахексия; психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ, а также иные психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения и (или) представляющие опасность для больного и окружающих.

2. Я проинформирован(а) о том, что в случае выявления признаков заболевания, подтвержденных квалифицированным медицинским персоналом ООО “Центр ИТО”, или работниками медицинской организации, с которой у ООО “Центр ИТО” имеется договор об оказании медицинских услуг, или медицинским персоналом стационарной медицинской организации, администрация Лагеря имеет право требовать от законных представителей Участника, находящегося в Лагере, обеспечить отъезд Участника из Лагеря в день, когда были выявлены признаки заболевания. Я соглашаюсь с условиями (требованием) обеспечения отъезда Участника в день выявления признаков заболевания и в день, когда об этом стало известно родителю (законному представителю (телефонный звонок, смс сообщение). Я проинформирована о том, что в случае невыполнения требования Лагеря, связанного с обеспечением отъезда Участника, Администрация Лагеря имеет право на госпитализацию Участника в ближайшую медицинскую организацию.

3. Настоящим гарантирую, что на момент начала смены Ребенок и члены его семьи с которыми он проживает, не имеют симптомов заражения коронавирусной инфекцией Covid-19, в течение последних 21 дней до начала смены не контактировали с больными, не находились за пределами Российской Федерации.

4. Обязуюсь при первом выявлении симптомов заражения Covid-19 либо в случае контакта Ребенка с зараженными, сообщить об этом руководству Лагеря и согласованно решить вопрос о предстоящем пребывании Ребенка в Лагере.

5. Я обязуюсь нести ответственность за достоверность сведений, предоставленных в данном согласии.

6. Я доверяю медицинским работникам ООО «Центр ИТО» и работникам медицинской организации, с которой у ООО «Центр ИТО» имеется договор об оказании медицинских услуг, выполнение первичных исследований моего ребенка, связанных с медицинской помощью.

Я даю согласие медицинским работникам на оказание медицинской помощи моему ребенку в следующем объеме:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;

- осмотр, в том числе пальпация, аускультация;

- антропометрические исследования;

- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;

- промывание желудка;

- очистительная и лечебная клизма;

- обработка ран и наложение повязок, швов;

- осмотр на педикулез, чесотку и микроспорию;

- информирование сотрудников лагеря (директора, дежурного по лагерю, вожатых, преподавателей) о состоянии здоровья детей;

- коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;

- систематический контроль за состоянием здоровья ребенка;

- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми и персоналом лагеря;

- доврачебная медицинская помощь;

- термометрия, тонометрия;

- амбулаторно-поликлиническая помощь врача-педиатра;

- в случае угрозы жизни и здоровья ребенка медицинский работник вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в иные учреждения здравоохранения;

- госпитализация ребенка по медицинским показателям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ООК «Байтик»;

- при несчастных случаях – оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка ребенка в медицинскую организацию.

7. Я уведомлен (-а) о том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи в другой медицинской организации, имеющей для этого соответствующую медицинскую лицензию, я буду информирован(-а) по номеру телефона, имеющемуся у сотрудников ООО «Центр ИТО». В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

В случае моего отсутствия уполномочиваю представителей ООО «Центр ИТО» присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку.

8. Данное согласие действует в период проведения лагерной смены «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» в оздоровительно-образовательном комплексе «Байтик» с \_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.

9. Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

« » 2021г. /

(подпись) (расшифровка)