

**Приложение № 1 к Заявлению Родителя  
СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА**

Я, \_\_\_\_\_, документ,  
(Ф.И.О. законного представителя Участника)

удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_,  
(тип документа, серия, номер, кем и когда выдан)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес(а) регистрации и фактического проживания законного представителя Участника)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)  
(нужное подчеркнуть)

несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ (далее – «Участник»)  
(Ф.И.О. Участника)

документ, \_\_\_\_\_ личность Участника

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

приходящегося мне \_\_\_\_\_,

(степень родства с Участником, если применимо)

реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя, не являющегося родителем Участника: \_\_\_\_\_,

в связи с участием Участника в смене \_\_\_\_\_, проводимой на базе Лагеря, с \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 2022 года (далее – «Смена»), даю согласие ООО ОК «Байтик» и ООО «Центр ИТО» о нижеследующем:

**Я принял(а) решение о предоставлении моих персональных данных и персональных данных Участника обществу с ограниченной ответственностью «Оздоровительный комплекс «Байтик» (ОГРН 1201600029278, ИНН 1616033220), Обществу с ограниченной ответственностью «Центр информационных технологий в образовании» (ОГРН 1051645008414, ИНН 1616013979) (далее – «Операторы»), настоящим даю Операторам согласие на их обработку, в том числе автоматизированную, свободно, своей волей, в своем интересе и в интересе Участника согласно Федеральному закону от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».**

Настоящее согласие дается мною в следующих целях:

- заключения и исполнения Оферты с Операторами (а также третьими лицами, непосредственно оказывающими услуги, входящие в содержание оказываемых согласно Оферте услуг);
- связи, в т. ч. способом направления уведомлений, запросов и информации, касающихся исполнения Оферты/договора Операторами, оказания мне услуг, информирования меня об оказываемых по Оферте услугах, а также в целях обработки моих запросов и заявлений, посредством направления почтовой корреспонденции на указанный адрес регистрации, обращения по указанному контактному номеру телефона: звонков, отправки SMS-сообщений, голосовых сообщений, сообщений посредством мессенджера (в т. ч. WhatsApp, Telegram);
- получения Участником первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, скорой, в т. ч. скорой специализированной, медицинской помощи в период пребывания в Лагере;
- сбора, обработки и представления статистических данных, больших данных и других исследований;
- улучшения качества оказания услуг Операторами;
- персонализации рекламы и предложений с учетом моих предпочтений и моих персональных данных;
- защиты моих прав и прав Операторов.

На информирование меня о деятельности и новых услугах Операторов, в т. ч. путем e-mail- и SMS-рассылки, сообщений посредством мессенджера (в т. ч. WhatsApp, Telegram)  согласен(на)  не согласен(на)

Данное согласие распространяется на следующую информацию:

- фамилия, имя, отчество (мой и Участника),
- год, месяц, дата рождения (мой и Участника),
- место рождения (мое и Участника),
- семейное положение (мое),
- пол (мой и Участника),
- паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, орган выдачи) (мой),
- адрес регистрации по месту жительства (постоянный/временный) и фактический адрес проживания (мой и Участника);

- контактный номер телефона (домашний, сотовый, рабочий) (мой и Участника);
- адрес электронной почты (мой и Участника);
- состояние здоровья Участника, в т. ч. сведения о группе инвалидности (если применимо);
- сведения о страницах в социальных сетях (моих и Участника);
- фотография (изображение) (мое и Участника);
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (Участника);
- данные полиса обязательного медицинского страхования (Участника);
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) (мой и Участника);
- сведения о наименовании общеобразовательного учебного заведения (школы) и классе Участника;
- сведения о трудовой деятельности (наименование работодателя) (мой);
- реквизиты банковского счета (мой);
- личная подпись (моя и Участника (при достижении 14-летнего возраста)).

Данное согласие предоставляется на осуществление любой обработки персональных данных и персональных данных Участника, а именно: на любое действие (операцию) 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, поручение обработки персональных данных другому лицу.

Вся предоставленная информация заполнена мною в отношении себя и Участника собственноручно. Гарантирую, что предоставленная мной информация является полной, точной и достоверной, а также что при предоставлении информации не нарушается законодательство РФ, права и законные интересы третьих лиц.

Настоящее согласие действует в течение всего периода хранения персональных данных, если иное не предусмотрено законодательством РФ, и может быть отозвано путем письменного уведомления Операторов.

**Я и Участник (достигший 14-летнего возраста) даю(ем) согласие ООО ОК «Байтик», ООО «Центр ИТО» на фото- и видеосъемку, обнародование и дальнейшее использование фотографий Участника и видеозаписей, в которых он изображен** в рамках его участия в Смене, проводимой на базе Лагеря, в целях: публикации на официальных сайтах, страницах ООО ОК «Байтик», ООО «Центр ИТО», партнеров ООО ОК «Байтик» и ООО «Центр ИТО» (в т. ч. преподавателей, вожатых, организаторов смен) в социальных сетях с целью информирования о мероприятиях, проводимых в период сезона; публикации в региональных и федеральных СМИ; публикации в рекламных материалах ООО ОК «Байтик», ООО «Центр ИТО».

Настоящее согласие предоставляется мной (нами) на осуществление действий в отношении фото- и видеоматериалов с изображением Участника, в том числе обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение), использование, публикацию, обезличивание, блокирование, уничтожение фото- и видеоматериалов с изображением Участника, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных законодательством РФ, в период проведения Смены в Лагере и действует до письменного отзыва согласия.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я (мы) действуем по собственной воле и в интересах Участника.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись и Ф.И.О. Участника, достигшего 14-летнего возраста)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись и Ф.И.О. законного представителя Участника)

**Я даю согласие на участие Участника в дополнительных мероприятиях физкультурно-спортивной направленности, иных активностях в рамках Смены в Оздоровительно-образовательном комплексе «Байтик», требующих повышенной физической нагрузки, а также подразумевающих взаимодействие с источниками повышенной опасности (в т.ч. катание на лошадях, сплав на катамаранах).**

Дополнительно сообщаю, что

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

Данное согласие действует в период проведения Смены в Лагере.

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Приложение №2 к Заявлению Родителя

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ УЧАСТНИКА В ЛАГЕРЕ**

Я, \_\_\_\_\_, тел: \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу  
(Ф.И.О. законного представителя Участника, контактный телефон)

г. \_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_, Д. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_,  
(адрес регистрации законного представителя Участника)

проживающий(ая) по адресу:

г. \_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_, Д. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_,  
(адрес проживания законного представителя Участника)

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Участника, дата рождения)

1. Сообщаю и подтверждаю достоверность и действительность данных о состоянии здоровья Участника, представленных в Приложении №1 к настоящему согласию.

2. Гарантирую, что Участник в момент начала оказания услуг не страдает заболеваниями и не имеет медицинских противопоказаний для пребывания в организациях отдыха, указанных в Приказе Минздрава России от 13.06.2018 № 327н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха», в том числе:

- 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 в Лагерь (в т.ч. по Covid-19);
- 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;
- хронические заболеваниями, требующие соблюдения назначенного лечащим врачом режима лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) (для Смен в палаточном лагере).

3. Я проинформирован(а) о том, что в случае выявления признаков заболевания, подтвержденных квалифицированным медицинским персоналом, администрация Лагеря вправе требовать от законных представителей Участника, находящегося в Лагере, обеспечить отъезд Участника из Лагеря в день, когда были выявлены признаки заболевания. Я соглашаюсь с требованием обеспечения отъезда Участника в день выявления признаков заболевания и в день, когда об этом стало известно законному представителю посредством телефонного звонка, SMS-сообщения или сообщения посредством мессенджера (в т.ч. WhatsApp, Telegram). Я проинформирован(а) о том, что в случае невыполнения требования по обеспечению отъезда Участника администрация Лагеря оставляет за собой право на госпитализацию Участника в ближайшую медицинскую организацию/учреждение здравоохранения.

4. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», настоящим даю ООО ОК «Байтик» и ООО «Центр ИТО» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство 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 медико-санитарной помощи, утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 №390н (далее – «Виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень»), для получения первичной медико-санитарной помощи Участником в период пребывания в Лагере, в ООО ОК «Байтик», в ООО «Центр ИТО».

5. Медицинским работником ООО ОК «Байтик», ООО «Центр ИТО» и/или работником медицинской организации, с которой у ООО ОК «Байтик»/ООО «Центр ИТО» имеется договор об оказании медицинских услуг, 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, 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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», путем оформления отдельного собственноручно оформленного мною отказа с исключением ответственности ООО ОК «Байтик» и ООО «Центр ИТО» за последствия такого отказа.

6. Настоящим я даю согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр кожных покровов и видимых слизистых, волосистой части головы, измерение температуры тела в день заезда в Лагерь;
- осмотр кожных покровов и видимых слизистых, волосистой части головы – 1 раз в 7 дней и за 1 – 3 дня до окончания пребывания в Лагере;
- осмотр, в том числе пальпация, аускультация, в случае жалоб, получения травмы, признаках заболевания, отравления и пр.;
- оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной форме и неотложной форме в амбулаторных условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, в т. ч. осуществление нижеперечисленных видов медицинских вмешательств, и/или транспортировка Участника в медицинскую организацию/учреждение здравоохранения (с соблюдением условия об уведомлении законного представителя согласно Оферте);
- оказание доврачебной медицинской помощи, в т. ч. осуществление нижеперечисленных видов медицинских вмешательств;
- оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в т. ч. осуществление нижеперечисленных видов медицинских вмешательств;
- антропометрические исследования (измерение роста и веса);
- раздача лекарственных препаратов для медицинского применения с ведением листа назначений Участнику, нуждающемуся в соблюдении режима лечения по назначению лечащего врача;
- введение лекарственных препаратов по назначению лечащего врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;
- промывание желудка;
- очистительная и лечебная клизма;
- обработка ран и наложение повязок, швов;
- термометрия, тонометрия;
- госпитализация Участника по медицинским показаниям в медицинскую организацию/учреждение здравоохранения, находящиеся за пределами Лагеря (с соблюдением условия об уведомлении законного представителя согласно Оферте)
- при несчастных случаях – оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка ребенка в медицинскую организацию.

7. Я уведомлен(а) о том, что при оказании Участнику неотложной и скорой медицинской помощи в другой медицинской организации, имеющей для этого соответствующую медицинскую лицензию, я буду информирован(а) по вышеуказанному номеру телефона.

8. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни Участнику решение об объеме и виде медицинского вмешательства принимают медицинские работники.

В случае моего отсутствия уполномочиваю представителей ООО ОК «Байтик» и ООО «Центр ИТО» присутствовать при оказании медицинской помощи Участнику.

9. Данное согласие действует в период проведения Смены в Лагере с \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 2022 г.

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. и подпись законного представителя Участника)

**Приложение №1 к информированному добровольному согласию  
на медицинское вмешательство в период пребывания Участника в Лагере**

**МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ**

(заполняется на момент бронирования места)

- хронические заболевания \_\_\_\_\_
- диабет \_\_\_\_\_
- эпилепсия (наличие эпилептических припадков) \_\_\_\_\_
- энурез \_\_\_\_\_
- переносимость прямого солнечного света \_\_\_\_\_
- аллергические реакции (если были, указать, когда – даже единичный случай, начиная с рождения, аллерген(ы), аллергические проявления, рекомендуемые лечащим врачом лекарственные средства для снятия симптомов аллергии) \_\_\_\_\_

- 
- аллергические реакции на лекарственные препараты (указать, на какие) \_\_\_\_\_

- 
- аллергические реакции на пищевые продукты (указать, на какие) \_\_\_\_\_

- 
- реакция на укусы насекомых \_\_\_\_\_
  - укачивает ли в транспорте \_\_\_\_\_
  - с какими заболеваниями 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) \_\_\_\_\_
  - необходимость в приеме лекарственных средств и иных препаратов, необходимых Участнику (если есть, указать, какие) \_\_\_\_\_
  - дополнительные сведения об Участнике, его состоянии здоровья, медицинских противопоказаниях, особенностях \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. и подпись законного представителя Участника)

**Я подтверждаю, что на момент заезда в Лагерь, данные о состоянии здоровья Участника, изложенные в Приложении к информированному добровольному согласию на медицинское вмешательство в период пребывания Участника в Лагере, которое заполнялось на момент бронирования места, достоверны и действительны/изменились [*подчеркнуть нужное*]: и актуальными являются следующие данные**

**МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ**

(оформляется на момент заезда в Лагерь, при их изменении)

- хронические заболевания. \_\_\_\_\_
- диабет \_\_\_\_\_
- эпилепсия (наличие эпилептических припадков) \_\_\_\_\_
- энурез \_\_\_\_\_
- переносимость прямого солнечного света \_\_\_\_\_
- аллергические реакции (если были, указать, когда – даже единичный случай, начиная с рождения, аллерген(ы), аллергические проявления, рекомендуемые лечащим врачом лекарственные средства для снятия симптомов аллергии) \_\_\_\_\_

- 
- аллергические реакции на лекарственные препараты (указать, на какие) \_\_\_\_\_

- 
- аллергические реакции на пищевые продукты (указать, на какие) \_\_\_\_\_

- 
- реакция на укусы насекомых \_\_\_\_\_
  - укачивает ли в транспорте \_\_\_\_\_
  - с какими заболеваниями 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) \_\_\_\_\_
  - необходимость в приеме лекарственных средств и иных препаратов, необходимых Участнику (если есть, указать, какие) \_\_\_\_\_
  - дополнительные сведения об Участнике, его состоянии здоровья, медицинских противопоказаниях, особенностях \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. и подпись законного представителя Участника)