**МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ САНАТОРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ в ДОЛ «Зори Анапы»**

1. Все заболевания в остром периоде хронические заболевания в стадии обострения, в стадии декомпенсации,
2. Соматические заболевания, требующие лечения в условиях стационара,
3. Инфекционные и паразитарные заболевания и бациллоносительство, в том числе с поражением глаз и кожи, инфестации (педикулез, чесотка) - в период до окончания срока изоляции,
4. Установленный диагноз «бактерионосительство возбудителей кишечных инфекций, дифтерии»
5. Злокачественные новообразования,
6. Амилоидоз внутренних органов,
7. Наличие контакта с инфекционными больными в течение 21 календарного дня перед заездом,
8. Отсутствие профилактических прививок в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий,
9. Активный туберкулез любой локализации,
10. Судорожные припадки и их эквиваленты, эпилепсия с текущими приступами и с медикаментозной ремиссией менее 1 года,
11. Кахексия,
12. Умственная отсталость (всех степеней),
13. Патологическое развитие личности с выраженными расстройствами поведения и социальной адаптации,
14. Психические болезни (шизофрения, паранойя, маниакально-депрессивный синдром),
15. 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.
16. Заболевания, требующие постоянного индивидуального ухода за ребенком (включая энурез),
17. В возрасте младше 7лет, и дети, которым на момент прибытия в ЗДРАВНИЦУ,

исполнилось 17 лет

**ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ.**

**Родители, отправляющие детей в ДОЛ КД «Зори Анапы» ОБЯЗАНЫ:**

1. Ознакомиться с правилами пребывания детей и родителей на территории здравницы.

**Приобретая путевку, Вы даете согласие на их выполнение.**

1. Обеспечить детей необходимыми документами:

* *Медицинская справка по форме 079У,*
* *копия прививочного сертификата, полученная у врача - педиатра по месту жительства,*
* *справка об отсутствии контакта с инфекционными больными со всех мест пребывания ребёнка за последние 3 недели (Выдается амбулаторно - поликлиническим учреждением не ранее, чем за 3 дня до выезда в ДОЛ).*
* ***КОПИИ документов ребенка****: свидетельство о рождении (паспорт); медицинский страховой полис обязательного медицинского страхования (с двух сторон).*
* *Заполненные собственноручно родителями (законными представителями):* *Согласие на обработку персональных данных ребенка и Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (экстренные случаи)*

1. Обеспечить детей, на время пребывания в ДОЛ, оптимальным количеством чистой, пригодной для использования одежды и обуви (повседневной, спортивной, нарядной, теплой, купальным костюмом, головным убором), гигиеническими принадлежностями, кремами от солнечных ожогов. Все вещи детей необходимо промаркировать.
2. ДОЛ считает важным, чтобы ребенок научился самостоятельно следить за своими вещами. Для этого на территории здравницы организована централизованная стирка крупных детских вещей (джинсы, куртки, теплые вещи). Для стирки мелких вещей (белье, носки, футболки) оборудованы «постирочные», укомплектованные тазами, горячим и холодным водопроводом, моющими средствами (порошок, мыло). Также имеются сушилки для детских вещей и гладильные комнаты.
3. **Проследить, чтобы дети не брали в здравницу:**

* Электроприборы (кипятильники, фены, щипцы для завивки волос и т.д.);
* Спиртные и алкогольные напитки;
* Табачные изделия;
* Наркотические средства;
* Медицинские препараты.

В случае необходимости (при условии, что ребенок по показаниям может находиться в здравнице) медицинские препараты и лекарства, вместе с выпиской из больницы и рекомендациями лечащего врача, передаются родителями (законными представителями) старшему сопровождающему организованной группы, который, по прибытии, передает их медицинским работникам здравницы.

1. **ЗАПРЕЩАЕТСЯ** давать детям в дорогу и привозить в ДОЛ продукты питания, у которых прошел срок реализации, скоропортящиеся (в т.ч. молочные, колбасные и мясные изделия, рыбу), сладкие газированные напитки, грибы (в любом виде), незрелые или перезревшие, подгнившие фрукты и овощи.
2. В соответствии с требованиями ФЗ 273 от 29.12.2012 года «Об образовании в Российской Федерации» и ФЗ 436 от 29.12.2010 года «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию», а также нормативными актами Министерства просвещения РФ, на образовательные организации, к которым относится и детский оздоровительный лагерь, возложены обязанности по обеспечению информационной безопасности детей, **ВСЕМ** отдыхающим рекомендуется сдавать свои телефоны вожатым, для передачи их в камеру хранения. Телефоны выдаются детям ежедневно с 19-00 до 21-00, чтобы они могли звонить родным и близким. Также, при организации экскурсий, прогулок, различный мероприятий, на которые дети могут взять телефон для осуществления видео и фотосъемки.
3. Родители (законные представители) ребенка, родственники **ИМЕЮТ ПРАВО** посещать ребенка в здравнице не ранее чем через 3-4 дня после заезда.

- Дни посещения – суббота и воскресенье с 16-00 до 18-30.

* Посещение ребенка проходит только на территории ДОЛ, в парковой зоне.
* Администрация имеет право не допускать посещения лиц в нетрезвом состоянии, с неадекватным или агрессивным поведением.

1. Родителям (родственникам) **ЗАПРЕЩАЕТСЯ**:

* Находиться в корпусе детской здравницы, её помещениях (особенно спальных), пищеблоке, медицинском блоке, спортивных площадок, акватории водоема, заходить в зоны купания детей во время проведения водных процедур;
* Оставаться на ночь;
* Мешать проведению воспитательно-оздоровительного процесса;
* Отвлекать воспитателей, сотрудников здравницы от рабочего процесса;
* Вести себя некорректно, агрессивно, шумно;
* Нарушать права детей (в т.ч. собственного ребенка) и взрослых (в т.ч. сотрудников здравницы), находящихся на территории ДОЛ;
* Кормить детей (в т.ч. собственных) некачественными, скоропортящимися, запрещенными для детского питания продуктами;
* Загрязнять (сорить) территорию здравницы;
* Питаться в столовой ДОЛ;
* Курить, распивать спиртные и алкогольные напитки.

1. Только родители (законные представители) ИМЕЮТ ПРАВО досрочно (временно или насовсем) забрать ребенка из ДОЛ при наличии соответствующего документа и разрешения администрации здравницы.

Другие лица должны иметь нотариально оформленную доверенность, оригинал и копию паспорта доверенного лица.

1. Получив разрешение на посещение ребенка, родители (другие лица) должны обратиться к вожатым отряда, в котором отдыхает ребенок, ознакомиться с правилами посещения, согласовать свои действия с вожатым, отдать подписанное заявление и получить ребенка из рук в руки. Возвращать детей следует лично в руки вожатого отряда. Нельзя отправлять детей в отряд одних.
2. Родители **НЕ ИМЕЮТ ПРАВА** требовать покормить ребенка, если он опоздал на прием пищи в столовую после встречи с посетителем.
3. Родители **ИМЕЮТ ПРАВО** подавать конструктивные предложения об улучшении организации работы ДОЛ администрации здравницы в корректной форме.
4. ДОЛ информирует родителей о том, что, по решению медико – педагогического совета, имеет право депортировать ребенка до места проживания за счет родительских средств и в их сопровождении, при следующих нарушениях: распитие спиртных напитков (включая пиво),употребление наркотических средств, грубое неоднократное нарушение режима дня, воровство, самостоятельный выход с территории ДОЛ, неоднократные нарушения правил поведения на воде, при наличии противопоказаний для нахождения в детском оздоровительном учреждении.

СОГЛАСИЕ

на использование и обработку персональных данных ребенка

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

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)*

даю согласие на обработку персональных данных моего ребенка

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

*(фамилия, имя, отчество ребенка)*

свидетельство о рождении (паспорт) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия) (номер) (кем, когда)*

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

*(адрес)*

На основании Семейного кодекса РФ и Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г «О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка (далее «Ребенок»), в Детском оздоровительном лагере круглогодичного действия «Зори Анапы», расположенном по адресу: 353444, Краснодарский край,

г-к. Анапа, Пионерский проспект, 10, для обеспечения участия Ребенка в смене отдыха и оздоровления, в программах и мероприятиях, реализуемых Детским оздоровительным лагерем круглогодичного действия «Зори Анапы».

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 проживания, номер домашнего (мобильного) телефона, дополнительные данные, которые я сообщил(а) в заявлении, договоре, других заполняемых мною документах.

Перечень персональных данных Ребенка, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, школа, класс, домашний адрес, 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, адрес электронной почты, фамилия, имя, отчество и номер телефона одного или обоих родителей (законных представителей) Ребенка, результаты участия Ребенка в различных олимпиадах, смотрах, конкурсах, соревнованиях и т.п., сведения о состоянии здоровья.

Вышеуказанные персональные данные представлены с целью: использования ДОЛ КД «Зори Анапы» для формирования здравницей единого банка данных для осуществления своей деятельности; индивидуального учета результатов усвоения детьми программ лагеря; хранения в архивах сведений об этих результатах; фото и видео съемки ребенка во время участия в программах и проектах, реализуемых в ДОЛ КД «Зори Анапы»; использования и редактирования фото, видео и информационных материалов для коммерческих, рекламных и промо целей, связанных с деятельностью ДОЛ КД «Зори Анапы»; использования при наполнении информационных ресурсов – сайта ДОЛ КД «Зори Анапы» [www.zorianapy.ru](http://www.zorianapy.ru) и печатных СМИ.

Выражаю согласие на участие Ребенка в интервью, фото и видео съемке.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение). Допускаю использование и передачу вышеуказанных 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 Детским оздоровительным лагерем круглогодичного действия «Зори Анапы» (при обязательном условии соблюдения конфиденциальности персональных данных). Также данные могут быть предоставлены по письменному запросу уполномоченных организаций, проведено обезличивание и уничтожение персональных данных.

Данным заявлением разрешаю считать общедоступными, в том числе выставлять в сети Интернет, следующие персональные данные моего ребенка: фамилия, имя, класс, город проживания.

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 ДОЛ КД «Зори Анапы», срок хранения документов, содержащих персональные данные мои и ребенка - в соответствии с архивным законодательством.

Я уведомлен(-а) о своём праве отозвать настоящее согласие в любое время. Отзыв производится по моему письменному заявлению в порядке, определённом законодательством Российской Федерации.

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

Мне известно, что в случае исключения следующих сведений: «фамилия, имя, отчество Ребенка, школа, класс, домашний адрес, 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, адрес электронной почты, фамилия, имя, отчество и номер телефона одного или обоих родителей (законных представителей) Ребенка, результаты участия Ребенка в различных олимпиадах, смотрах, конкурсах, соревнованиях и т.п., сведения о состоянии здоровья», не сможет организовать участие Ребенка в программах и мероприятиях, реализуемых Детским оздоровительным лагерем круглогодичного действия «Зори Анапы».

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.

**Информированное добровольное**

**согласие на медицинское вмешательство**

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

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

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

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

родитель (законный представитель) несовершеннолетнего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения несовершеннолетнего до 18 лет)

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 25.11.2013 г. № 317-ФЗ даю

**информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

Я даю согласие на организацию оздоровительного и лечебного процесса, в соответствии с лицензией ДОЛ КД «Зори Анапы» и не возражаю, что количество и объем лечебных процедур определяются лечащим врачом здравницы в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями, указанными в выписке из медицинской карты школьника либо справке 079/У. Кроме того, я допускаю внесение изменений в лечебный процесс, если лечащий врач считает это необходимым.

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.

Я даю согласие на проведение, при необходимости, госпитализации ребенка, по медицинским показаниям, в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ДОЛ КД «Зори Анапы».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ДОЛ КД «Зори Анапы» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю здравницы.

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения прошу вас проинформировать меня по следующим контактным данным:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять**.**

Родитель (законный представитель):

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

(подпись) (ФИО)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.