**Форма списка** детей, направленных на оздоровительный отдых

**Список**

**детей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**направленных на отдых**

**согласно договора № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 г.**

**Наименование оздоровительного учреждения: ДОЛ КД «Зори Анапы»**

**Срок пребывания в здравнице : с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ пп** | **ФИО**  **(полностью)** | **Число, месяц и год рождения** | **Номер свидетельство о рождении (паспорта)** | **Домашний адрес,**  **телефон** | **№ путёвки** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| т.д. |  |  |  |  |  |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )

МП

**В здравнице применяются следующие виды лечения:**

- климатотерапия,

- талассотерапия,

- гелиотерапия,

- диетотерапия,

- фитотерапия,

- бальнеотерапия,

- массаж,

- электросветолечение,

- лечебная физкультура,

- аэрозольная терапия.

**В здравнице работает круглосуточный медицинский пост.**

**МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ САНАТОРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ**

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).
* справка о саэпидокружении;
* ***КОПИИ документов ребенка***: свидетельство о рождении (паспорт); медицинский страховой полис обязательного медицинского страхования.
* 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. Все вещи промаркировать.
2. **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. Родители (законные представители) ребенка, родственники **ИМЕЮТ ПРАВО** посещать ребенка в здравнице.

- Дни посещения – суббота и воскресенье с 9-30 до 12-30 и с 16-00 до 18-30.

* Родители (родственники) имеют право пройти на территорию здравницы по разовому пропуску только с разрешения администрации и службы охраны и при наличии документов, подтверждающих личность посетителя.
* 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**:

* Без разрешения администрации находиться в корпусе детской здравницы, её помещениях (особенно спальных), пищеблока, медицинского блока, 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 разрешение родителей (законных представителей) с подтверждающими документами – доверенность, заверенная нотариусом, и копия 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 могут посещать мероприятия вне корпуса, если это не мешает работе здравницы, отряда, не создает трудностей в организации и опасности для жизни и здоровья детей.
3. Родители **НЕ ИМЕЮТ ПРАВА** требовать покормить ребенка, если он опоздал на прием пищи в столовую после встречи с посетителем.
4. Родители **ИМЕЮТ ПРАВО** подавать конструктивные предложения об улучшении организации работы ДОЛ администрации здравницы в корректной форме.

**СОГЛАСИЕ**

**на использование и обработку персональных данных ребенка**

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 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)*

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

*(серия) (номер) (кем, когда)*

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

*(адрес)*

(далее «Ребенок»), в **Детском оздоровительном лагере круглогодичного действия «Зори Анапы»**  по адресу: 353444, Краснодарский край г. Анапа, Пионерский проспект, 10, для обеспечения участия Ребенка в программах и мероприятиях, реализуемых **Детским оздоровительным лагерем круглогодичного действия «Зори Анапы»**

Перечень персональных данных Ребенка, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, школа, класс, 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, 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 размере одежды, сведения о состоянии здоровья.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении персональных данных Ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, 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 **Детским оздоровительным лагерем круглогодичного действия «Зори Анапы»**  (при обязательном условии соблюдения конфиденциальности персональных данных), а также на блокирование 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.

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, школа, класс, 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, 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 размере одежды, сведения о состоянии здоровья», не сможет организовать участие Ребенка в программах и мероприятиях, реализуемых **Детским оздоровительным лагерем круглогодичного действия «Зори Анапы».**

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

(фамилия, имя, отчество)

**Информированное добровольное**

**согласие на медицинское вмешательство**

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

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

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

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

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

(фамилия, имя, отчество, 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)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.