**Заявление о приёме в ФГБОУ «ВДЦ «Смена»**

Первому заместителю директора

ФГБОУ «ВДЦ «Смена»

Станиславу Анатольевичу Родину

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

 Ф.И.О. гражданина, одного из родителей (законного представителя)

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

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

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. р. ребёнка

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

адрес места жительства ребенка, одного из родителей (законного представителя)

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

сведения о гражданстве

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

наименование учебного заведения с указанием класса/курса

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

наименование дополнительной общеразвивающей программы, в отборе на которую претендует ребёнок

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

контактный номер телефона родителя (законного представителя) ребенка

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

адрес электронной почты (при наличии)

**Заявление**

Прошу зачислить моего ребенка на обучение по дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»,

наименование программы

проводимой в период: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018г.

Не возражаю, чтобы мой ребенок обучался по программам общего образования, в том числе с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. Даю согласие на обработку моих персональных данных, а также ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Даю согласие на участие ребенка в спортивных, туристических и иных мероприятиях, проводимых ВДЦ «Смена» в рамках утверждённой дополнительной общеразвивающей программы соответствующей смены ВДЦ «Смена».

Ознакомлен(а) (в том числе через официальный сайт ВДЦ «Смена») с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением) ВДЦ «Смена», Уставом, программами смен и согласен (на) с правилами внутреннего распорядка ВДЦ «Смена». Подтверждаю свое согласие о сдаче ценных вещей ребёнка на хранение в специально отведенные места (сейфы, камеры хранения), расположенные в ВДЦ «Смена». В случае отказа от сдачи материальных ценностей ВДЦ «Смена» не несет за них ответственности.

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в случае наличия угрозы жизни и здоровью ребенка в неотложной и экстренных формах, в стационарных условиях трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов, а также иную медицинскую помощь, необходимую для сохранения жизни и здоровья ребенка, включая доставление ребенка в медицинское учреждение и возвращение обратно в ВДЦ «Смена» медицинскими работниками ВДЦ «Смена». А также в случае заболевания, не требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, на изолирование ребёнка в отделение, либо изолятор ВДЦ «Смена» для получения медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Даю согласие в период пребывания ребёнка в ВДЦ «Смена», на участие ребёнка в фото и видео съемке, которая проводится в местах, открытых для свободного посещения, или на публичных мероприятиях ВДЦ «Смена» (концертах, представлениях, спортивных соревнованиях и подобных мероприятиях), а также редактирование и использование ВДЦ «Смена» указанных фотографий и видеозаписей в некоммерческих целях (в государственных, общественных или иных публичных интересах), включая печатную продукцию, размещение в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и других средствах массовой информации.

Дополнительная информация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отсутствие или наличие ограничений возможности здоровья, в том числе инвалидность ребёнка

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ФГБОУ «ВДЦ «Смена»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (С.А. Родин) (\_\_\_\_\_\_\_)

 М.П М.П.

**Согласие на обработку персональных данных**

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

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

документ, удостоверяющий личность (вид, серия, номер, когда и кем выдан): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «О персональных данных» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2015) подтверждаю свое согласие на обработку ВДЦ «Смена» моих персональных данных и данных моего ребёнка в связи с участием в дополнительной общеразвивающей программе «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»,

наименование дополнительной общеразвивающей программы

при условии, что их обработка осуществляется уполномоченным лицом ВДЦ «Смена», принявшим обязательства о сохранении конфиденциальности указных сведений. Предоставляю ВДЦ «Смена» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ВДЦ «Смена» вправе обрабатывать мои персональные данные и данные моего ребёнка посредством внесения их в электронную базу данных, списки и другие отчетные формы.

Передача моих персональных данных и данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ВДЦ «Смена» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку надлежаще уполномоченному представителю ВДЦ «Смена». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, ВДЦ «Смена» обязан прекратить их обработку и исключить персональные данные из базы данных, в том числе электронной, за исключением сведений о фамилии, имени, отчестве, дате рождения, адресе регистрации.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ФГБОУ** «**ВДЦ «Смена»**

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

 (С.А. Родин) (\_\_\_\_\_\_\_)

 М.П М.П.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

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

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего)

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество 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 21.11.2013 г. №317-ФЗ даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

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 следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Не инвазивные 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 кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц, старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Анестезиологтческое пособие.
14. Пункция суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
15. Закрытая репозиция при переломах.
16. Промывание желудка.
17. Очистительная и лечебная клизма.
18. Обработка ран и наложения повязок, швов.
19. Хирургическое лечение гнойно – некротических процессов.
20. Оказание гинекологической и урологической помощи.
21. Оказание психиатрической помощи, включая стационарную.
22. Госпитализация детей по медицинским показаниям в больницы, находящиеся за пределами МДЦ «Артек».

Я также даю **согласие на обработку необходимых персональных данных** в объеме и способами, указанными в п. 1,3 ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

Законный представитель пациента:

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

 (подпись) (ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_ г.