

Уважаемые родители!

Пожалуйста, ознакомьтесь с информацией о документах, которые необходимы для оформления ребёнка в **детский дневной лагерь**

### Регистрация:

**Регистрация и встреча** детей проходит с **08:00 - 08:30** на Центральной стойке ресепшн в Административном корпусе центра спорта «Эволюция».

### Документы:

При оформлении ребёнка в детский лагерь дневного пребывания необходимо предоставить следующие документы:

- ✓ ксерокопия свидетельства о рождении, а для детей от 14 лет – ксерокопия паспорта;
- ✓ ксерокопия медицинского страхового полиса (ОМС);
- ✓ справка об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня с отметкой про COVID-19 - **оформляется за три дня до начала отдыха;**
- ✓ отрицательный результат теста на COVID-19 методом ПЦР, **полученный не ранее чем за 48 часов до посещения лагеря;**
- ✓ справки для бассейна с результатами анализов на энтеробиоз и гименолепидоз - **сдается за 7 дней до начала смены.**
- ✓ заявление родителей о зачислении ребенка в лагерь дневного пребывания (заполняется на стойке ресепшн или скачивается на сайте)
- ✓ подписанное родителем или законным представителем согласие на медицинское вмешательство и обработку персональных данных ребёнка по форме Центра (заполняется на стойке ресепшн или скачивается на сайте)
- ✓ контактные номера телефонов родителей (попечителей, опекунов).
- ✓ согласие родителей на фото и видеосъёмку ребёнка при посещении лагеря

Ниже бланки документов:

**«Согласие на медицинское вмешательство»** и **«Заявление родителей в ДОЛ»**. Их необходимо заполнить, подписать и передать в Центр при оформлении Вашего ребенка в дневной лагерь.

### Внимание!

Для Экспресс-регистрации в детский дневной лагерь Вы можете заранее заполнить бланки заявления и согласия и предоставить их администратору при оформлении вместе с остальными документами.

**ООО «НЦПИДПИРИ»**

297493, Республика Крым, г. Евпатория, пгт. Заозерное,  
ул. Аллея Дружбы, 1,  
ИНН 9110009490, ОГРН 1159102037984

На основании к приказа Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным  
представителем)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)  
Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н<sup>1</sup> (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) Обществом с ограниченной ответственностью «Национальный центр параолимпийской и дефлимпийской подготовки и реабилитации инвалидов» Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Обязуюсь немедленно уведомлять лечащего врача о любом ухудшении своего самочувствия (представляемого). Я проинформирован (а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приёма назначенных препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечебный процесс и негативно повлиять на состояние здоровья.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

**ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ)  
О ПРИЕМЕ РЕБЕНКА В ДОЛ «ЗВЁЗДНЫЙ/ЭВОЛЮЦИЯ»**Генеральному директору  
ООО «НЦПиДПиРИ»\_\_\_\_\_  
ФИО  
\_\_\_\_\_  
адрес  
\_\_\_\_\_  
паспорт  
\_\_\_\_\_  
тел  
\_\_\_\_\_  
тел родственника

Прошу принять моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ФИО, дата рождения

в ДОЛ «Звёздный/Эволюция» на смену с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.

С программой и режимом работы ДОЛ ознакомлен (а).

Настоящим подтверждаю, что я и ребенок ознакомлен(а) с:

- правилами проживания и внутреннего распорядка отдыхающих на территории ООО «НЦПиДПиРИ»;
- правилами пожарной и электробезопасности;
- правилами по технике безопасности на всей территории комплекса;
- правилами посещения спортивных сооружений;
- правила пользования услугами пляжа и его инфраструктурой.

(Указанные правила размещены на сайте Исполнителя [evolutionsport.ru](http://evolutionsport.ru) в сети Интернет.)

Мне и ребенку разъяснено о:

- правилах пожарной и электробезопасности;
- возмещении материального ущерба родителями (представителями), в случае его нанесения ребенком;
- выплате штрафов за ложный вызов экстренных служб или нажатии ребенком без необходимости тревожной пожарной кнопки;
- том, что администрация Центра не несет ответственности за сохранность вещей и денежных средств.
- нарушение ребенком правил Центра является основанием для расторжения договора.

Подписание данного документа является акцептом Гостя к договору публичной оферты ООО «НЦП и ДП и РИ» «Об организации отдыха и оздоровления ребенка», размещенному в месте оплаты/ предоставления услуг и на сайте [evolutionsport.ru](http://evolutionsport.ru) в сети Интернет (кроме подписания иного договора о предоставлении услуг Гостю).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022г.

\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ****на обработку персональных данных**

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку (как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях) своих персональных данных ООО «НЦП и ДП и РИ», расположенному по адресу: Республика Крым, г.Евпатория, пгт Заозерное, ул. Аллея Дружбы, 1, а именно: совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона № 152-ФЗ (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование), уничтожение персональных данных со всеми данными, которые находятся в распоряжении ООО «НЦ Пи ДП и РИ» (ФИО, номер телефона, адрес регистрации и места жительства, адрес электронной почты и проч.), а также предоставление сведений в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами, моих персональных данных, указанных выше.

Разрешаю обмен (прием, передачу, обработку) моих персональными данными между ООО «НЦПиДПиРИ» и третьими лицами в соответствии с заключенными договорами и соглашениями, в целях соблюдения моих законных прав и интересов.

Даю свое согласие на публикацию фотографий и видео с изображениями вышеуказанного ребенка, чьи интересы я представляю, в том числе в сети Интернет на сайте [evolutionsport.ru](http://evolutionsport.ru).

Уведомлен(а) о том, что согласие на обработку данных (полностью или частично) может быть отозвано мной на основании моего письменного заявления.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 г. №53-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Настоящее согласие действует один год с даты подписания.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022г.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_