**Эпидемиологический лист\***

Ф.И.О. ребёнка

Дата рождения:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Посещали ли Вы (ребёнок) в течение последнего месяца иностранные государства: | ДА | | НЕТ | |
| Если ДА, укажите какое государство вы посещали: | | | | |
| Укажите дату посещения (возвращения): | | | | |
| Контактировали ли Вы (ребёнок) с лицами, вернувшимися из других государств | | ДА | | НЕТ |
| Если ДА, укажите дату контакта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Вы (ребёнок) были в контакте с больными или инфицированными COVID 19  Если находились в самоизоляции по контакту, дата отрицательного анализа на COVID 19 | | ДА | НЕТ | |
| Были ли у Вас (ребёнка) признаки ОРВИ или имеются сейчас (повышение температуры, ломота в «мышцах», резь в глазах, слезотечение, сухой кашель, першение в горле, потеря обоняния и/или вкуса) в течение последних 14 дней? | | ДА | НЕТ | |
| Есть ли заболевшие ОРЗ/ОРВИ (повышение температуры, ломота в «мышцах», резь в глазах, слезотечение, сухой кашель, першение в горле, потеря обоняния и/или вкуса) в семье или в ближайшем окружении?  Если ДА, то когда?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ДА | НЕТ | |
| Я подтверждаю, что вся предоставленная мной информация верна. Я ознакомлен (а), что за сокрытие или предоставление ложной информации несу ответственность по закону Российской Федерации ст. 19.7 КоАП РФ | | подпись | | |
| Дата заполнения: \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020г | | | | |
| Ф.И.О. и подпись законного представителя ребёнка | | | | |

\* заполняется законным представителем ребёнка.

М.П. Подпись врача

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по ОКУД\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Код организации по ОКПО\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Медицинская документация | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Учетная форма N 079/у утверждена приказом Минздрава России [от 15 декабря 2014 г. N 834н](http://docs.cntd.ru/document/420245402) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Медицинская справка**  **о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Фамилия, имя, отчество ребенка | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Пол: муж., жен. | | | | | | | | | | | 3. Дата рождения | | | | | | | | | | |  | |  | . | |  |  | | . | |  | |  |  |  |
| 4. Место регистрации: субъект Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| район | |  | | | | | | | город | | | |  | | | | | | населенный пункт | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| улица | | |  | | | | дом |  | | | | | | | квартира | | | | |  | | | | | тел. | | | |  | | | | | | | |
| 5. N школы | | | |  | | | | | | | класс | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Перенесенные детские инфекционные заболевания | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Проведенные профилактические прививки | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Состояние здоровья: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Диагноз заболевания | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265) | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265) | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265) | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265) | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Физическое развитие | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Медицинская группа для занятий физической культурой | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Нуждаемость в условиях доступной среды | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| их оздоровления | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Добровольное информированное согласие родителей на введение иммуноглобулина противоклещевого при укусе клеща не привитым детям и на экстренную иммунопрофилактику. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Фамилия, инициалы и подпись врача | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| МП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| " |  | | " | |  | | | | | 20 | |  | | года | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**СОГЛАСИЕ**

**на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации несовершеннолетнего**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

"\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(-ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских  
вмешательств моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка, от имени которого выступает законный представитель)  
"\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,  
чьим законным представителем я являюсь,

проживающему по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фактический адрес проживания ребенка)

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, в доступной для меня форме, а также уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации и ответственному педагогическому работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в творческом лагере дневного пребывания «Дебют» базе МБУ ДО «Детская школа искусств №1 им.П.И.Чайковского» с "30" октября 2020г. до "06" ноября 2020 г.

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

(подпись) (Ф И О полностью)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  
  
Дата оформления добровольного информированного согласия

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных несовершеннолетнего**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

проживающий (по регистрации в паспорте) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_»\_\_\_\_г.,

(название выдавшего органа) (дата выдачи)

Контактный телефон(ы) с кодом города\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Муниципальным бюджетным учреждением дополнительного образования города Рыбинска «Детская школа искусств №1 им.П.И.Чайковского» (г. Рыбинск, ул.Радищева, д.50) (далее – Оператор) персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, чьим законным представителем я являюсь, и любая иная информация обо мне лично или относящаяся к личности, официальным представителем которой я являюсь (далее - персональные данные):

|  |
| --- |
| - Фамилия |
| - Имя |
| - Отчество |
| - Наименование документа, удостоверяющего личность |
| - Серия, номер документа, удостоверяющего личность |
| - Дата рождения |
| - Место регистрации |
| - Место учебы |

с целью оформления документов для участия в творческом лагере дневного пребывания «Дебют» с 30 октября по 06 ноября 2020 года на базе МБУ ДО «Детская школа искусств №1 им.П.И.Чайковского» г.Рыбинска. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными личности, чьим официальным представителем я являюсь, включая их сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Передача указанных выше персональных данных может осуществляться в муниципальный орган управления образованием и органы государственной власти Ярославской области. Предоставляю операторам право передавать персональные данные:

- ФИО

-место учебы

- фотографии и видео-материалы для публикации в открытых источниках информации.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Операторов по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Операторов. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан немедленно прекратить их обработку.

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

(подпись) (Ф И О полностью)