

Необходимые документы (информация для родителей):

- копии свидетельства о рождении или паспорта — 2 экземпляра;
- копия паспорта одного из родителей или законного представителя;
- согласие на обработку персональных данных ребенка, подписанное его законным представителем (скачать бланк);
- копия полиса обязательного медицинского страхования;
- копия СНИЛС;
- медицинская справка о состоянии здоровья форма № 079/у;
- выписка из карты прививок;
- отрицательный результат анализа на яйцеглист;
- справка об отсутствии контактов с вероятным больным COVID-19 в течении предшествующих 14-ти дней, выданную медицинской организацией не позднее, чем за 3 дня до отъезда;
- результаты лабораторных исследований на COVID-19 методом ПЦР, полученные не ранее, чем за 48 часов до заезда в лагерь.
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (скачать бланк) и информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (скачать бланк) или отказ от видов медицинских вмешательств (скачать бланк).

Информация для родителей. Уважаемые родители!

Программа лагеря «Лучистый» называется «Паруса открытий» - это новый многоуровневый подход к развитию здорового образа жизни у детей и подростков, проживающих в условиях мегаполиса. Каждая смена в лагере пройдет в форме увлекательной игры - квеста, где нужно будет пройти множество интеллектуальных, творческих, спортивных и просто веселых уровней, связанные с активностью, приключениями и романтикой, добывая и разгадывая коды, позволяющие идти вперед, познавать, открывать, перевоплощаться и т.д.

В лагере принят и действует режим дня, в котором учитываются как оздоровительный характер отдыха, так и возрастные особенности детей. Утро в лагере начинается с альтернативных зарядок: оздоровительный бег; силовая зарядка для мальчиков на берегу моря с окунанием; плавание в море; веселая зарядка для малышей; аэробика и т.д. Посещение пляжа - важнейшие составляющие оздоровления и качественного отдыха. Мы приглашаем ребят посетить пляж не менее двух раз в день, с 10.00 и 16.30.

Медицинское обслуживание. Медицинский персонал работает круглосуточно. Медицинский персонал постоянно осуществляет контроль работы пищеблока, санитарным состоянием жилых помещений и территории, контролирует водные процедуры, спортивные занятия и соревнования. Если ребенку необходимо по курсу лечения принимать какие-либо медицинские препараты, Вам необходимо уведомить об этом врача лагеря, сделав пометку в медицинской карте ребенка в графе «Дополнительная медицинская информация».

Безопасность. Безопасность Ваших детей стоит у нас на первом месте, Вы возлагаете ответственность за их здоровье и безопасность на нас, и мы прекрасно это понимаем. Гарантированная детская безопасность - это не только наличие круглосуточной профессиональной охраны и медицинского наблюдения, но и постоянный мониторинг вожатыми действий ребенка, а также обязательное выполнение каждым Правил внутреннего распорядка.

Карманные деньги. Спланируйте еще дома вместе с ребенком его траты, выберите экскурсии, возможные дополнительные услуги, возможность покупки сувениров и прочих детских нужных вещей. Для удобства сформируйте ребенку конверт с деньгами, на котором укажите вложенную сумму, дополнительные услуги, который должен получить ребенок, а также при необходимости, указать ограничения при единоразовой выдаче денег. Рекомендуемая сумма, необходимая ребенку для комфортного пребывания 3-5 тысяч рублей.

Перечень необходимых вещей: головной убор от солнца; два купальных и один спортивный костюм; спортивную, пляжную и комнатную обувь, полотенце для пляжа, одежду и обувь по сезону, носки (не менее 3-х пар), зубную пасту и щетку, мыло, мочалку, шампунь, расческу, не менее 5 смен нижнего белья, носовые платки, любимую игрушку или талисман, карнавальный костюм и нарядную одежду для участия в шоу, конкурсах и праздниках.

Необходимо знать. Мы настоятельно рекомендуем родителям не давать детям с собой ювелирные изделия, дорогую косметику, электронные игры, аудио- видеотехнику и в особенности престижные мобильные телефоны. Вот некоторые причины нашей просьбы: администрация и сотрудники лагеря не несут ответственности за ценности, не сданные в сейф. Для связи с родителями на территории лагеря установлен междугородний телефон-автомат, а у дежурного администратора находится мобильный телефон с удобным для Вас тарифом, по которому Вы можете связаться с ребенком, в то время как телефон Вашего сотового оператора будет работать в режиме роуминга, а это недешево. Вы можете воспользоваться электронной почтой.

Готовясь к поездке в лагерь, необходимо подготовить:

- медицинскую карту о состоянии здоровья, справки о прививках и эпидокружении;
- заполненную родителями анкету;
- копию полиса обязательного медицинского страхования;
- три копии свидетельства о рождении (до 14 лет), с 14 лет копии паспорта, для детей любого возраста, или заграничный паспорт;
- анкета форма №5.

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных воспитанника детского оздоровительного лагеря
филиала ГУП РК «Солнечная Таврика» «Пансионат- ДОЛ «Лучистый»

1.	ФИО субъекта персональных данных	Я, _____ <i>(фамилия, имя, отчество)</i>
2.	Документ, удостоверяющий личность субъекта персональных данных	свидетельство о рождении серия _____ номер _____, кем и когда выдан _____
3.	Адрес субъекта персональных данных	зарегистрированный по адресу _____
4.	Родители (законные представители)	_____ <i>(фамилия, имя, отчество)</i> паспорт серия _____ номер _____, кем и когда выдан _____ зарегистрированный по адресу _____

даю своё согласие своей волей и в своем интересе на обработку с учетом требований Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» моих персональных данных (включая их получения от меня и/или от любых третьих лиц оператору:

5.	Оператор персональных данных, получивший согласие на обработку персональных данных	Управляющий филиала ГУП РК «Солнечная Таврика» «Пансионат – ДОЛ «Лучистый» ГВАРДИС О.М.
----	--	---

с целью:

6.	Цель обработки персональных данных	документирование факта пребывания ребенка в детском оздоровительном лагере филиала ГУП РК «Солнечная Таврика» «Пансионат – ДОЛ «Лучистый» в летний период 2023 года.
----	------------------------------------	--

в объеме:

7.	Перечень обрабатываемых персональных данных	фамилия, имя, отчества, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, документ, удостоверяющий личность (вид документа, его серия и номер, кем и когда выдан), полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС, место жительства, место регистрации, телефоны (в том числе мобильный) как ребенка, так и законного представителя.
----	---	--

для совершения:

8.	Перечень действий с персональными данными на совершение которых дается согласие	действий в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных в пункте 6 целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновления, изменение), использование (в том числе передача в департамент образования)
----	---	--

с использованием:

9.	Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных	как автоматизированных средств обработки моих персональных данных, так и без использования средств автоматизации
----	---	--

10.	Срок, в течение которого действует согласие	Для воспитанников детских оздоровительных лагерей настоящее согласие действует со дня его подписания и на срок 12 месяцев после окончания смены или до дня отзыва в письменном форме.
-----	---	---

11.	Отзыв согласия на обработку персональных данных по инициативе субъекта персональных данных	В случае неправомерного использования предоставленных персональных данных согласие на обработку персональных данных отзывается моим письменным заявлением.
-----	--	--

12.	Дата и подпись субъекта персональных данных	« _____ » _____ 20 _____ года _____ <i>(ФИО субъекта п.д.)</i> _____ <i>(подпись)</i>
-----	---	---

13.	Дата и подпись родителя (законного представителя)	« _____ » _____ 20 _____ года _____ <i>(ФИО родителя, законного представителя)</i> _____ <i>(подпись)</i>
-----	---	---

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя) 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. № 317ФЗ 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: Медицинский осмотр при заезде ребенка в ДОЛ «Лучистый», в течение смены через каждые семь дней. Проведение взвешивания ребенка, спирометрию, измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка. Информирование сотрудников (начальника лагеря, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья ребенка. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию. Антропометрические исследования. Термометрию. Тонометрию. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография. Рентгенологические методы исследования, в том числе рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно. Промывание желудка. Очистительная и лечебная клизма. Оказание неотложной медицинской помощи по показаниям, оказание стоматологической помощи в случае острой боли. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ДОЛ «Лучистый». 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, возможность направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в ДОЛ «Лучистый». Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес филиала ГУП РК «Солнечная Таврика» «Пансионат-ДОЛ «Лучистый» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку официальному представителю предприятия.

В случае необходимости проведения медицинских мероприятий, не включенных в данный перечень, я информирован, что медицинские работники будут оказывать медицинскую помощь в соответствии с действующим законодательством в сфере здравоохранения.

Информацию о состоянии здоровья моего ребенка/подопечного прошу предоставлять мне по телефону _____

Законный представитель (ФИО):

(подпись)

(ФИО)

Дата « _____ » _____ 202 ____ г.

Форма

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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)

Форма

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных
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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо
законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)