

## Необходимые документы для заезда

1. Справка с мед учрежд.
2. Справка об отсутствии инфекционных контактов (берётся за 3 дня до отъезда). Обращаем внимание, что в справке должна быть отметка об осмотре ребёнка на педикулёз и чесотку.
3. Анкета для родителей (приложение 1)
4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для получения первичной медико - санитарной, неотложной и скорой помощи в период пребывания в оздоровительной организации ( приложение 2)
5. Копия свидетельства о рождении ребёнка (паспорта);
6. Копия полиса обязательного медицинского страхования ребёнка;
7. Путёвка на смену в ДОЛ "Золотой колос".

### **ВНИМАНИЕ!!! Наличие данных документов ОБЯЗАТЕЛЬНО!**

Просим Вас не отправлять детей в лагерь больными и не долеченными. Очень важно, чтобы ребёнок ехал в лагерь здоровым и информация о здоровье соответствовала действительности.

## Анкета для родителей детей, прибывающих ДОЛ «Золотой колос»

(заполняется одним из родителей или законным представителем и является обязательной для заполнения)

Я, (мать/отец/законный представитель, ФИО)	
Разрешаю своему сыну/дочери (ФИО ребенка)	
стать участником заезда в Детский оздоровительный лагерь «Золотой колос»	
который состоится с _____ по _____ 202 года.	
<b>Контактная информация:</b>	
<b>Мать:</b>	№ тел. _____
<b>Отец:</b>	
<b>Ребёнок</b>	
Дополнительный телефон для экстренной связи _____	
Адрес электронной почты родителя _____	
Адрес фактического проживания _____	
<b>Дополнительные сведения о ребёнке:</b>	
Пожалуйста, укажите информацию о состоянии здоровья ребенка:	
1.	есть ли противопоказания для занятия спортом _____
2.	есть ли у ребенка индивидуальная непереносимость продуктов питания (если да, то какие) _____
3.	есть ли у ребенка индивидуальная непереносимость лекарств (если да, то какие) _____
4.	наличие аллергии (если да, тот на что) _____
5.	какие-либо медицинские показания _____
6.	перенесённые травмы, переломы за последние полгода _____
7.	хронические заболевания (если да, то какие) _____

Если вашему ребёнку необходимы **специальные лекарства:**

1. Медикаменты в лагерь брать запрещено, но если есть такая необходимость в приеме лекарственных препаратов, то укажите подробно, что это за лекарство \_\_\_\_\_ **не забудьте сдать при оформлении документов, руководителю (сопровождающему) группы назначение врача с описанием приема лекарственных препаратов (копию).**

2. Необходимо связаться с врачом, который будет наблюдать Вашего ребенка в течение смены и согласовать возможность назначенного лечения в условиях лагеря. За эффективность ранее назначенного лечения администрация лагеря ответственности не несет.

Особые пожелания (для руководителей в лагере) \_\_\_\_\_

**Я предупрежден(а) об ответственности за достоверность сведений в данной анкете.**

✓ Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Я, согласно ст.32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», даю информированное согласие на оказание медицинской помощи, на консультацию и госпитализацию в территориальное ДОЛ ребенка при острых состояниях или обострении хронических заболеваний

✓ Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**Список доверенных лиц, с которыми ребенок может покинуть территорию лагеря (по разрешению законных представителей/ родителей)**

Ф.И.О.	Контактные и паспортные данные	Степень родства

✓ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г.

(подпись)

\* Сведения, указанные в анкете, будут доступны директору лагеря, врачу, педагогам и инструкторам, работающим с ребенком.

Приложение 2.

## Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации

Я,

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, иного законного представителя

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь,

Проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_ (фактический адрес проживания ребенка)

При оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации, на предложенное мне медицинское вмешательство:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях.
7. Прием таблетированных лекарственных препаратов по показаниям при обращаемости ребёнка в медицинский кабинет.

Я ознакомлен(а) с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а так же уведомлен(а) в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному мною 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.

Я поставил(а) в известность обо всех проблемах с моим (моего ребёнка) здоровьем:

- Аллергические проявления \_\_\_\_\_
- Индивидуальная непереносимость лекарственных средств \_\_\_\_\_

Я ознакомился (ась) со всеми пунктами настоящего документа, получил (а) необходимые пояснения понял (а) суть подписанного документа и согласен (а) с ним.

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

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись)

№ тел. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия