

Директору «ДЮЦ» Чукавиной Е.П.

от \_\_\_\_\_

проживающего по адресу: город \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

кем и когда выдан \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, действуя в качестве законного представителя своего несовершеннолетнего ребёнка (сына/дочери)

\_\_\_\_\_ (ФИО ребенка полностью),

дата рождения: \_\_\_\_\_, свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес регистрации ребенка)

В соответствии с требованиями статьи №20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ", Приказом Минздрава России от 30.04.2025 N 268н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха", даю **информированное добровольное согласие** Муниципальному автономному образовательному учреждению дополнительного образования «Детско-юношеский центр», (624760, г.Верхняя Салда, ул.Воронова 13/1, ИНН 6607010995, ОГРН 1069607005819),

**на проведение медицинских вмешательств** моему ребенку на весь период пребывания в загородном оздоровительном лагере "Лесная сказка" (далее "Лагерь"), в том числе санитарно-гигиенических, противоэпидемических, лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, направленных на охрану здоровья и жизни ребёнка, проводимых медицинскими работниками Лагеря, **включающих:**

- Медицинский осмотр при заезде ребёнка в лагерь, в течении смены;
- Проведение взвешивания ребёнка, спирометрию и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и конце смены, термометрию, тонометрию, пальпацию;
- Ежедневный амбулаторный приём, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза;
- Информирование сотрудников лагеря (начальник лагеря, воспитателей, инструктора по физической культуре) о состоянии здоровья ребёнка;
- Коррекцию режима и нагрузок для ребёнка с отклонениями в развитии;
- Систематический контроль за состоянием здоровья ребёнка;
- Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены, сроками проведения банных дней;
- Осмотр ребёнка на педикулёз, чесотку, микроспорию.

В случае возникновения у моего ребенка неотложного состояния или обострения хронического заболевания, я добровольно соглашаюсь:

- на проведение экстренных мероприятий при неотложных состояниях ребенка, включая введение препаратов(подкожно, внутримышечно, внутривенно);
- на оказание первой медицинской помощи моему ребенку медицинским работником Лагеря, своевременную изоляцию до приезда специализированной помощи или законного представителя;
- на осуществление моему ребенку специализированной помощи в присутствии медицинских работников Лагеря;
- на экстренную госпитализацию моего ребенка по медицинским показателям в лечебное учреждение.

Я информирован(а) о неблагоприятных эффектах, возможных при оказании первой медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинения моему ребенку вреда здоровью.

Я ознакомлена с Приказом Минздрава России от 30.04.2025 N 268н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха".

Я поставлена в известность о предоставлении медицинскими работниками лагеря только Первичной доврачебной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в экстренной форме и неотложной форме в медицинском пункте организации.

Я поставил(а) работников Лагеря в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в т.ч. об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных

препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

Для предотвращения неблагоприятных ситуаций сообщая следующие сведения:

Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания? Какого?	
Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных препаратов? Каких?	
Есть ли у ребенка лекарственная аллергия? На какие препараты?	
Есть ли у ребенка непереносимость продуктов питания? Каких?	
Есть ли у ребенка противопоказания для занятий спортом?	
Другие сведения, заслуживающие внимания	

Разрешаю в случае необходимости решения вопросов, связанных со здоровьем моего ребенка, сообщать по телефонам:

телефон	Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника

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.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. и действует на время пребывания моего ребенка в детском оздоровительном лагере "Лесная сказка". Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Лагеря. телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Я, \_\_\_\_\_, несу \_\_\_\_\_ полную ответственность за достоверность и полноту представленной информации о моем ребенке.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)