Приложение 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/**получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь** (нужное подчеркнуть) в  **краевое государственное бюджетное учреждение «Детский лагерь отдыха «Юность»** .  (полное наименование медицинской организации)  Медицинским работником **Олег Юрьевич Ушкевич – врач педиатр**  (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. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724;2012, № 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. № 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** (нужное подчеркнуть)  (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | |  | О.Ю.Ушкевич | | | | | | (подпись) | | | |  | (Ф.И.О. медицинского работника) | | | | | | “ |  | ” |  | | |  | 2018 | г. |   (дата оформления) |  |

ФИО ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

И. о. директора

КГБУ «ДЛО «Юность»

А.В. Максимовой

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя)

Заявление

Прошу зачислить моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

в краевой профильный лагерь «Детство. Здоровье. Талант» с 6 августа 2018года.

Подпись родителя (законного представителя)

Приложение 3

И.о. директора

КГБУ «ДЛО «Юность»

А.В. Максимовой

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя)

Заявление

Прошу отчислить моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

в связи с окончанием краевого профильного лагеря «Детство. Здоровье. Талант» с 13 августа 2018года.

Подпись родителя (законного представителя)

Приложение 4

И. о. директора

КГБУДО «АКДТДиМ»

Т.Ю. Егоровой

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя)

Заявление

Прошу зачислить моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

в краевой профильный лагерь «Детство. Здоровье. Талант» с 6 августа 2018года.

Подпись родителя (законного представителя)

Приложение 5

И.о. директора

КГБУ ДО «АКДТДиМ»

Т.Ю. Егоровой

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя)

Заявление

Прошу отчислить моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

в связи с окончанием краевого профильного лагеря «Детство. Здоровье. Талант» с 13 августа 2018года.

Подпись родителя (законного представителя)

Приложение 6

**РЕКВИЗИТЫ**

**КГБУ ДО «Алтайский краевой дворец творчества детей и молодежи»**

Адрес: 656002, г. Барнаул, ул. Пионеров, д. 2, т. 72-26-10

**Образецзаполненияплатежногопоручения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ИНН **2224139595** | КПП **222401001** | Сч.№ | **40601810701731000001** |
| Получатель  УФК по Алтайскому краю (КГБОУ ДОД «Дворец творчества» **л/с 20176U85090**) | |
| Банк получателя  ГРКЦ ГУ БАНКА РОССИИ ПО АЛТАЙСКОМУ КР. Г. БАРНАУЛ | | БИК | 040173001 |
| Сч.№ |

***Обязательно указывать в платежном поручении***

**КБК 00000000000000000180**

**ОКТМО 01701000**

**ОКАТО 01401000000**

**ОГРН 11022240001516**

**Внимание!** При оплате обязательно отметить наименование краевой профильной смены «Детство. Здоровье. Талант»

Приложение № 7

**Согласие обучающегося, родителя (законного представителя)**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество)*

законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (кем приходится обучающемуся)

обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО обучающегося)

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

(дата рождения)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие КГБУ ДО «Алтайский краевой дворец творчества детей и молодежи», находящемуся по адресу 656002, г. Барнаул, ул. Пионеров, 2 (далее – Оператор) на обработку персональных данных моих и обучающегося, а именно - фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, паспортные данные и данные свидетельства о рождении, e-mail, телефон, данные о состоянии здоровья, месте обучения, фото и видео материалы с участием субъекта персональных данных - при условии, что их обработка осуществляется Оператором в целях организации и ведения образовательной деятельности. Даю согласие на доступ неограниченного круга лиц к информации о персональных данных (в том числе размещение в общедоступном источнике – официальном сайте Оператора). Даю согласие на осуществление любых операций с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением о защите, хранении, обработке и передаче персональных данных работников и обучающихся КГБУ ДО «Алтайский краевой дворец творчества детей и молодежи». Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, действую по своей воле и в интересахобучающегося.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании письменного заявления.

Информация для контактов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*подпись*) (*фамилия, имя, отчество)*

Приложение 8

Заявка

на участие в профильной смене

Муниципальное образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_района

просит включить в состав участников профильной смены делегацию

(коллектив\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(название, направление деятельности)

Количество \_\_\_ человек: из них мальчиков \_\_ девочек\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. ребенка (полностью) | Дата, месяц, год рождения | Школа, класс | №, серия паспорта, св-ва о рождении | Ф.И.О. родителей | Место работы родителей | Адрес полный, телефон | Способ  проезда до  ДЛО «Юность» |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ф.И.О. , должность руководителя делегации (коллектива) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: служебный, **мобильный**, **e.mail (обязательно)**

Адрес электронной почты образовательного учреждения (обязательно)

Ф.И.О. руководителя образовательного учреждения

*«*\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г.