Приложение №3

к Договору № _____ от _____202_____г.

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ ребячий лагерь
Пермь, Бульвар Гагарина, 44А
Часы работы: с 9:00 до 18:00 пн-пт
Тел.: +7(342)2484801
E-mail: office@npcamp.ru

Часть А: Информированное соглашение с лагерем

Фамилия, имя ребенка _____

Дата рождения_____телефон для связи _____

Школа_____класс _____

Информированное согласие об участии в программе Лагеря, обязательства.

Я знаю, что информацию о программе и мероприятиях смены можно получить на официальном сайте лагеря **novoepokolenie.com** в разделе «Смены, путевки». Я понимаю, что участие в программе Лагеря влечет за собой риск получения травм по причине физических нагрузок. Я также понимаю, что участие в этих мероприятиях является полностью добровольным и требует от Ребенка соблюдения всех инструкций, правил пребывания и исполнение правил техники безопасности, пожарной безопасности, санитарно-гигиенических норм, исполнение законных требований администрации лагеря, педагогов и службы административно-хозяйственного отдела.

Я понимаю и осознаю, что некоторые виды деятельности, осуществляемые в Лагере, такие, например, как плавание, речные прогулки, занятия по туристской подготовке (туристские походы, ориентирование на местности, веревочный курс, начальная высотная подготовка, занятия на скалодроме), стрельба из пневматического оружия, катание на велосипеде, самокате и роликах, конные прогулки, участие в различных выездных экскурсиях, плавание в бассейне, несут в себе повышенную травмоопасность.

При этом должностные лица лагеря, определенные приказом его руководителя, несут ответственность за жизнь и здоровье Ребенка. Лагерь оказывает практическую помощь в оформлении документов для страхования жизни, здоровья детей на период их пребывания в организации отдыха и оздоровления. Лагерь оказывает организационную помощь в получении страховки от страховой компании в случае нанесения ущерба здоровью ребенка в период пребывания в организации отдыха и оздоровления в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я разрешаю участие Ребенка в мероприятиях программы Лагеря.

Я также разрешаю воспроизведение, продажу, экспозицию, радио вещание, электронное хранение, и / или распространение фотографий / фильмов / видеокассет / электронных презентаций и / или звуковых записей с участием Ребенка без ограничений, по усмотрению Лагеря, и отказываюсь от любого права на компенсацию и вознаграждение за любое из вышеперечисленных.

Примечание: В связи с многообразием программ и мероприятий в целях обеспечения безопасности пребывания Ребенка в Лагере, администрация Лагеря просит Вас ознакомить как можно более полно с ограничениями, налагаемыми на ребенка в связи с его участием в программе Лагеря.

Перечислите ограничения ребенка, если таковые имеются:

_____

_____

_____

_____

!!! Я даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации. Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые даю 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 доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи.
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 ребенка:_____(расшифровка) Дата:_____

Подпись родителя / опекуна ребенка:_____(расшифровка) Дата: _____

Подпись второго родителя / опекуна ребенка:_____(расшифровка) Дата:_____

Заполните этот раздел:

Взрослые, которым можно посещать ребенка в лагере и забирать его из лагеря с территории (Вы должны назначить по крайней мере одного взрослого человека):

ФИО:_____ ФИО:_____

Телефон:_____ Телефон:_____

Взрослые, которым не разрешено посещать и видеться с ребенком в лагере, а также забирать его с территории:

ФИО:_____ ФИО:_____

Телефон:_____ Телефон:_____

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ РЕБЯЧИЙ ЛАГЕРЬ
Тел.: +7(342)2484801
E-mail: office@npcamp.ru

Часть В: Медицинская информация о состоянии здоровья

B1

Фамилия, имя ребенка: _____

Домашний адрес: _____

Медицинское учреждение (поликлиника), где наблюдается ребенок			
Состоит ли на диспансерном учете	Нет	Состоит на диспансерном учете	
Перенесенные инфекционные заболевания			
Физическое развитие	Норма	Физическое развитие	
Физкультурная группа			
Рекомендуемый режим			
Осмотрен на педикулез	Нет	Осмотрен на педикулез	
Осмотрены кожные покровы	Дата		
Контакт с инфекционными больными	Нет	Контакт с инфекционными больными	
Заключение стоматолога	Полость рта санирована	Заключение стоматолога	Полость рта санирована
Рекомендации врача			

Дата заполнения _____ _____ _____

подпись врача расшифровка подписи / печать

врача

Страховая компания _____ Полис №_____

ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ (заполняется родителем)

Есть ли у вашего ребенка в настоящее время или когда-либо он лечился от любых из следующих заболеваний?

Да	Нет	Заболевания	Пояснения
		Сахарный диабет	
		Гипертония (высокое кровяное давление)	
		Приобретенный или врожденный порок сердца / сердечный приступ / боль в груди (стенокардия) / шумыв сердце / ишемическая болезнь сердца. Любые операции на сердце или процедуры. Объясните все ответы «да»	
		Инсульт	
		Бронхиальная астма	
		Респираторные заболевания	
		Хронические заболевания легких	
		Заболевания ушей, глаз, носа, проблемы пазух	
		Мышечное / скелетное состояние / проблемы мышц или костей	
		Травма головы / сотрясение мозга	
		Боязнь высоты	
		Психические / психологические или эмоциональные расстройства	
		Поведенческие / неврологические расстройства	
		Нарушения кровоснабжения	

ИТОГИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ РЕБЕНКА В ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЛАГЕРЕ

Состояние здоровья					
Перенесенные заболевания во время пребывания в лагере					
Контакт с инфекционными больными		Нет		Да	
Эффективность оздоровления:	Рост	Вес	Динамометрия		Спирометрия
В начале оздоровительной смены			Л-	П-	
При окончании оздоровительной смены			Л-	П-	
Эффект			Л-	П-	
Оздоровительный эффект	С улучшением	Без изменений		С ухудшением	
Рекомендации врача лагеря					

Дата заполнения _____ _____ _____

подпись врача расшифровка подписи / печать врача

Приложение №3
к Договору № _____ от _____202_____г.

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ РЕБЯЧИЙ ЛАГЕРЬ
Тел.: +7(342)2484801
E-mail: office@npcamp.ru

B2

Медицинская документация
Учетная форма № 079/у
утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Код формы по ОКУД_____

Код организации по ОКПО _____

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

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. № школы _____ класс _____

6. Перенесенные детские инфекционные заболевания_____

_____

7. Проведенные профилактические прививки _____

8. Состояние здоровья:

Диагноз заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

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. Фамилия, инициалы и подпись врача _____

М.П.

«____» _____ 20____ года

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ РЕБЯЧИЙ ЛАГЕРЬ
Тел.: +7(342)2484801
E-mail: office@npcamp.ru

Часть С: Общая информация. История здоровья ребёнка

С

Фамилия, имя ребенка: _____

Заполните, пожалуйста, этот раздел ответственно и осознанно

У моего ребёнка есть:	Пояснения
Аллергические реакции на медикаменты и другие вещества	
Аллергическая реакция на растения	
Аллергические реакции на укусы насекомых	
Аллергические реакции на продукты питания	

Медикаменты

Перечислите все лекарства, используемые в настоящее время, в том числе и без назначения лечащим врачом. Отметьте здесь галочкой лекарства, которые надо обязательно принимать и **в лагере по назначению вашего врача.**

√	Медикаментозное лечение	Доза	Частота	Причина

! **Принесите достаточное количество лекарственных препаратов в оригинальной упаковке. Убедитесь в том, что не истек срок годности. Вы не должны прекращать принимать какие-либо лекарства, если это не рекомендовано вашим лечащим врачом. Предупредите об этом врача лагеря!** **!**

Использование вышеуказанных лекарственных средств для моего ребенка подтверждаю:_____

Подпись родителя / законного представителя:_____(расшифровка) Дата: _____

Иммунизация

Если производилась иммунизация, отметьте «да» и укажите год проведения

Да	Нет	Иммунизация	Дата
		Столбняк	
		Дифтерия	
		Полиомиелит	
		Гепатит А	
		Менингит	
		Клещевой энцефалит	
		БЦЖ	

Да	Нет	Иммунизация	Дата
		Коклюш	
		Корь / свинка / краснуха	
		Ветрянка	
		Гепатит Б	
		Грипп	
		Паратит	
		Туберкулина диагностика	

Просьба перечислить любую дополнительную информацию об истории болезни вашего ребенка _____

_____

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ РЕБЯЧИЙ ЛАГЕРЬ
Тел.: +7(342)2484801
E-mail: office@npcamp.ru

Часть D: Сообщения для участия в программе лагеря и его активностях

D

Фамилия, имя ребенка: _____

Вас просят подтвердить, что ребёнок не имеет противопоказаний для участия в спортивных, туристских, массовых активностях в лагере «Новое поколение». Если же таковые имеются, вам необходимо оценить самостоятельно степень риска участия ребёнка в программе детского лагеря «Новое поколение» и наложить самостоятельно ограничения, объяснив это ребёнку. Или же выбрать вариант участия в них для вашего ребёнка.

Физическое состояние

Умение плавать_____

Быстрая утомляемость _____

Боязнь высоты _____

Другие особенности _____

Боязнь животных_____

Индивидуальные особенности

Перечислите 5 наиболее выраженных черт характера, присущих Вашему ребенку: _____

_____

Чем занимается с удовольствием?_____

Какая ситуация может оказаться трудной, стрессовой? _____

Отношение к вещам (узнает ли свои вещи, любит ли терять вещи) _____

Способность к самообслуживанию (по 10-ти бальной шкале)_____какие действия нужно проконтролировать (подчеркнуть нужное): личная гигиена; переодеться, если мокро и холодно; сушка и уход за вещами; поход в баню _____

_____

С кем предпочитает общаться Ваш ребенок (с младшими, с ровесниками, со старшими). Есть ли трудности в общении _____

_____

Каким образом можно убедить Вашего ребенка соблюдать правила и договоренности?_____

Отношение к курению и употреблению спиртных напитков _____

Я ограничил ребёнка для участия в занятиях:

√	Занятия
	Скалодром
	Экстрим парк
	Веревочный парк
	Плавание
	Плавание на катамаранах, лодках

√	Занятия
	Пейнтбол
	Арбалетные занятия
	Спортивное ориентирование
	Туристские походы
	Спортивные соревнования

При самостоятельном ограничении вами занятий вашего ребёнка, вы должны знать, что дети из отряда будут заниматься этими активностями. Ваш же ребёнок будет наблюдать за этими занятиями со стороны.

Я подтверждаю, что сообщил о здоровье своего ребёнка достаточно, чтобы быть уверенным, что участие его в активных занятиях, соревнованиях в лагере не нанесёт вреда его здоровью и не вызовет никаких негативных реакций

Да	Нет	Объяснение
		Соответствует параметрам рост / вес
		Не имеет заболеваний сердечно-сосудистой системы и болезней сердца
		Не было ортопедических травм, опорно-двигательного аппарата или ортопедической хирургии в течение последних шести месяцев
		Не имеет неконтролируемых психических расстройств
		Не было никаких приступов в прошлом году
		Не имеет диабета, астмы или судороги
		Не имеет иных хронических заболеваний в стадии обострения

Для участия в высокой сложности мероприятиях, я обсудил с ребенком дополнительные риски и посоветовал ему быть очень внимательным и принимать необходимые меры предосторожности.

Подпись ребенка:_____(расшифровка) Дата:_____

Подпись родителя / опекуна ребенка:_____(расшифровка) Дата: _____

Подпись второго родителя / опекуна ребенка:_____(расшифровка) Дата: _____