

## ПАМЯТКА НА ПРОГРАММУ

Ваш ребенок едет на Программу, которая проходит на базе по адресу: 143066, Московская область, Одинцовский городской округ, посёлок Д/О Покровское, стр. 65.

Если у вас **ОПЛАЧЕН ТРАНСФЕР**. Сбор детей **в день заезда в 15.30** станция метро Тропарево (выход №7)

Если вы привозите ребенка **САМОСТОЯТЕЛЬНО**, то **сбор с 16.00 до 17.00** по адресу: 143066, Московская область, Одинцовский городской округ, посёлок Д/О Покровское, стр. 65 (парк-отель Покровское. Звоните по телефону +7 977 881 49 90 и за вами выйдет сопровождающий и заберет ребенка.

### **КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ**

- о 8-977-881-49-90 директор программы Алина
- о +7-925-740-56-31 руководитель и организатор Татьяна
- о Многоканальный офисный + 7 495 966 28 56

### **К ОТПРАВЛЕНИЮ НЕОБХОДИМО ПРИГОТОВИТЬ:**

1. Мед. справка – стандартной формы для ребенка, отъезжающего в лагерь 79-У с указанием прививок (берется у педиатра), если справка новой формы с портала госуслуг – необходимо распечатать и приложить к документам.
2. Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными (не позднее 3х дней до заезда) – берется в районной поликлинике
3. Заполненная анкета на ребенка
4. Копия св-ва о рождении ребенка (или паспорт, если исполнилось 14 лет)
5. Копия медицинского страхового полиса с двух сторон (ОМС)
6. Копия СНИЛС ребенка
7. Согласие Участника программы (законного представителя) на обработку персональных данных
8. Согласие на медицинскую помощь

### **ПРИМЕРНЫЙ СПИСОК ОБЩИХ ВЕЩЕЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ.**

Зубная щетка в футляре, зубная паста, мыло туалетное, мыльница, шампунь, расческа, мочалка, банное полотенце, **резиновые шлепанцы** для душа, плавки, купальники, **шапочка для бассейна**, **отдельная сменная обувь для корпуса** (обязательно для всех детей), одежда по сезону (сменная одежда), обувь по сезону, желательно 2 пары (на случай промокания), отдельно спортивная обувь для спортивного зала, нижнее белье, ночная рубашка или пижама, **головной убор (обязательно)**.

- Полотенце для тела и лица-выдаются, но возьмите с собой **полотенце для танцев**
- Фена нет, поэтому девочкам необходимо взять **фен**, кто привык сушить волосы феном.
- Кулеры стоят на каждом этаже, но стаканчики не выдаются, дети наливают воду в собственные бутылочки, поэтому дайте, пожалуйста, ребенку небольшую **емкость для воды**, в которую он будет наливать воду и носить с собой на мероприятия в течение дня.

- Стиральной машинки на программе нет, поэтому необходимо дать столько вещей, чтобы ребенок мог обойтись без стирки. В любое время вы можете подъехать на базу и передать чистые, забрать грязные вещи. На КПП базы назовите ФИО ребенка, и охрана по рации передаст персоналу, что вы приехали.
- Для танцев: носки/гетры, лосины/леггинсы для девочек, широкие штаны, футболки/топы (для смены несколько штук в течение дня), заколки/резинки для волос, бандана/кепка

### **ЕДА, СЛАДОСТИ, НАПИТКИ, КАРМАННЫЕ ДЕНЬГИ.**

На территории базы нет отдельного буфета, есть автомат-вендинг с шоколадом, водой, сладостями. В отведенное время под контролем дети один раз в день могут купить там сладости.

**ФОТО и ВИДЕО МАТЕРИАЛЫ** с Программы выкладываем в телеграмм, который будет выложен в общем родительском чате в день заезда

### **Что МОЖНО дать детям на Программу.**

1. Сухие продукты в заводской упаковке (печенье, сухарики, баранки, конфетки)
2. Сок или вода в заводской упаковке маленького объема

Вместе с тем, не рекомендуем нагружать детей перекусами, так как в этом случае дети ограничивают себя в основные приемы пищи. Еды на базе достаточно, ваш ребенок не будет голодать, а без «вкусняшек» вполне можно за это время обойтись J

### **Что НЕЛЬЗЯ давать детям на Программу.**

1. Фрукты, овощи, в том числе твердые-яблоки, груши, морковь и тд – все, что не упаковано в заводскую упаковку
2. Тортики, пирожные, булочки с наполнителями и другие скоропортящиеся продукты
3. Лимонад, газировка (кока-кола, фанта и тп)
4. Чипсы, жвачки, шипучки и другие вредные и любимые детьми продукты

**РОДИТЕЛЬСКОГО ДНЯ** на программе нет, в случае необходимости можно в любое время приехать к ребенку. На КПП базы при прибытии позвоните по телефону директору программы. Так как дни очень насыщенные, о приезде лучше за один день заранее договориться с директором программы.

### **АДРЕС РАСПОЛОЖЕНИЯ БАЗЫ ПРОГРАММЫ.**

143066, Московская область, Одинцовский городской округ, посёлок Д/О Покровское, стр. 65, парк-отель Покровское

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ

Я,

(ФИО родителя)

являясь законным представителем моего ребенка (ФИО):

прошу принять его на тематическо-образовательную выездную программу Summer Dance Village, которая проходит на базе 143066, Московская область, Одинцовский городской округ, посёлок Д/О Покровское, стр. 65 в даты: с «\_\_»

202\_\_ по «\_\_» 202\_\_

А также соглашаюсь, чтобы Позднякова Алина Владимировна и другие ответственные лица на программе приняли на себя ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка, а также принимали **все неотложные решения по защите прав и законных интересов моего ребенка в вышеуказанные сроки, включая содействие в оказании экстренной медицинской помощи и сопровождении для медицинском осмотра и медицинской помощи.**

Доверяю забирать моего ребенка с Программы только нижеуказанным лицам (вписать ФИО с указанием степени родства):

Телефон для **срочной связи** по всем вопросам:

- Настоящее согласие действительно по «\_\_» 202\_\_ года включительно.
- ФИО (родителя)
- Подпись, дата «\_\_» 202\_\_ г.

Я,

(ФИО

родителя)

законный представитель ребенка (ФИО ребенка):

подтверждаю, что имею все полномочия настоящим предоставить свое письменное согласие на последующее использование своих персональных данных и данных Участников Программы лицами, участвующими в предоставлении услуг отдыха и образования для моего ребенка на базе 143066, Московская область, Одинцовский городской округ, поселок Д/О Покровское, стр. 65в целях их сбора, систематизации и хранения. Я уведомлен, что могу в любое время отозвать свое согласие. Настоящим подтверждаю разрешение использовать изображение моего ребенка на фото-, видео- изображениях, которые были сделаны во время отдыха моего ребенка в вышеуказанные сроки для популяризации отдыха и образования детей Исполнителем.

ФИО родителя, подпись, дата

«\_\_» 202\_\_ г

**Согласие Участника Программы (законного представителя пациента) на обработку персональных данных.**

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.  
РОДИТЕЛЯ)

Адрес регистрации по месту  
жительства \_\_\_\_\_

Контактный  
телефон \_\_\_\_\_

Серия и номер паспорта \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ кем  
\_\_\_\_\_

Являясь законным представителем (указывается ФИО и дата рождения ребенка, адрес регистрации)

в соответствии с требованиями ст.6,7, 8, Федерального закона от 27.07.2007г. №152-ФЗ «О персональных данных», а также в целях своевременного и достоверного информационного обеспечения взаимодействия в системе здравоохранения, подтверждаю свое согласие на включение моих (а в случае представительства-только представляемого) персональных данных в общий единый источник персональных данных (общедоступный источник), формируемый Д/О Покровское, стр. 65 (далее - База): фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса места жительства, социального положения, образования, профессии, контактного телефона, реквизитов полиса ОМС (ДМС), данных о состоянии здоровья моего ребенка, а так же иных данных, необходимых для оказания медицинской помощи. Доступ к этим персональным данным согласен(на) предоставить на всех этапах их обработки неограниченному кругу лиц в медицинских целях, а также для защиты жизни, здоровья и иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных. Предоставляю право Базе и Исполнителю, осуществлять все действия (операции) с моими (а в случае представительства-только представляемого) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. База и Исполнитель вправе во исполнение взятых на себя обязательств произвести обмен (прием и передачу) моих (а в случае представительства-только представляемого) персональных данных с использованием машинных носителей или каналов связи.

База и Исполнитель вправе обрабатывать мои (а в случае представительства-только представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также иным образом, не запрещенным действующим законодательством РФ. Срок хранения моих (а в случае представительства-только представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (в т.ч. медицинской карты, истории болезни) и составляет двадцать пять лет.

Оставляю за собой право в любое время подать заявление об исключении моих (а в случае представительства-только представляемого) персональных данных из общедоступного источника База или Исполнителя и отзыве настоящего согласия посредством составления соответствующего письменного документа. Настоящее согласие дано мною лично. Срок действия согласия бессрочно.

Подпись Родителя \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от медицинского вмешательства, на передачу информации о состоянии здоровья и фактов обращения за медицинской помощью.**

В соответствии со ст. 13 и ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" ИП Моисеева Татьяна Николаевна в лице Моисеевой Т.Н. подтверждает гарантию сохранения конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(ФИО РЕБЕНКА) Законный представитель Пациента обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка лечебно-охранительного режима, а также, в целях получения лучших результатов, представить лечащему врачу достоверную и полную информацию о состоянии здоровья; об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств; обо всех ранее перенесенных и имеющихся в настоящее время заболеваниях; принимаемых лекарственных препаратах; сообщать правдивые сведения о своей наследственности; о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами или токсическими веществами; об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций. Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Ф.И.О. РОДИТЕЛЯ )

своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа и я даю добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи. Получив полную информацию о своих правах и обязанностях, даю свое согласие на предоставление медицинским учреждением сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, диагнозе, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам: **Позднякова Алина Владимировна, Моисеева Татьяна Николаевна**

Администрация ответственность за сохранность личных вещей пациента не несет.

Ознакомлен

\_\_\_\_\_(ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ год

## Родительская анкета

### ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. Фамилия, имя, отчество ребенка
2. Дата рождения
3. Место учебы
4. Сведения о родителях (или законных представителях)

#### МАМА

Фамилия

Имя, отчество

Место работы

Моб. телефон

E-mail

#### ПАПА

Фамилия

Имя, отчество

Место работы

Моб. телефон

E-mail

5. Домашний адрес /индекс, город, улица, дом, корпус/
6. Домашний телефон  код телефон

### ДОКУМЕНТЫ РЕБЕНКА

7. Свидетельство о рождении  
серия  номер  выдан (когда)   
выдан (кем)
8. Российский паспорт ребенка (если исполнилось 14 лет)  серия  номер  
выдан (когда)  выдан (кем)
9. Данные загранпаспорта (если есть):  
Фамилия имя (латинскими буквами)   
серия  номер  выдан (кем)   
выдан (когда)  действителен до

## ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ

### 10. Выезжал ли ваш ребенок в лагерь ранее:

Сколько раз:  начиная с какого возраста:

### 11. Все что вы хотели бы сообщить о своем ребенке (медицинские данные, физическое состояние):

Необходимость диеты:

Склонность к простудным заболеваниям:

Как переносит солнце:

Есть ли аллергические реакции на укусы насекомых:

Укачивает ли в транспорте:

Переломы (указать какие и когда):

Операции (указать какие и когда):

Сотрясения мозга (указать какие и когда):

Аллергические заболевания:

Что вы делаете в периоды обострения (рекомендации к врачу):

Умение плавать:  Боязнь высоты:  Боязнь темноты:

Боязнь животных:  Быстрая утомляемость:  Гиперактивность:

Зрение (ношение очков):  Общая физическая подготовка:

Дополнительная информация о ребенке и Ваши пожелания:

### 12. Индивидуальные особенности ребенка:

Чем увлекается во внешкольное время:

Какая ситуация может оказаться трудной:

Что не любит больше всего:

Какие действия необходимо проконтролировать (гигиена и самообслуживание):

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:

Вредные привычки ребенка (если есть), Ваше отношение к этому:

13. Как Вы узнали о нас:

14. ТЕЛЕФОНЫ ДЛЯ СРОЧНОЙ СВЯЗИ /ЕСЛИ ОНИ НЕ СОВПАДАЮТ С КОНТАКТНЫМИ ДАННЫМИ:

Подпись, дата



## СОГЛАСИЕ

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г. \_\_\_\_\_  
(место)

Я, гражданин РФ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), "\_\_" \_\_\_\_\_ года рождения, место  
рождения: \_\_\_\_\_, паспорт: серия  
\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ " \_\_ " \_\_\_\_\_ г., зарегистрирован \_\_\_\_\_ по адресу:  
\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

во исполнение требований Ст.18 «Правил предоставления гостиничных услуг в Российской Федерации»  
(утв. Постановлением Правительства РФ от 18.11.2020 N 1853 (ред. от 01.04.2021)\*, ч.1 ст.64 СК РФ настоящим  
выражаю согласие (доверяю) гражданке РФ Поздняковой Алине Владимировне, паспорт 4623 329027, выданный ГУ  
МВД РОССИИ ПО МО 27/10/2023 года, код подразделения 500-030, место рождения гор. Большой Камень,  
Приморский край, адрес проживания: МО, Раменское, ул. Коммунистическая 25-189

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), (паспорт или свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ N  
\_\_\_\_\_ выдан (о) \_\_\_\_\_  
" \_\_ " \_\_\_\_\_ г.)

в период с "\_\_" \_\_\_\_\_ г. по "\_\_" \_\_\_\_\_ г.

Даю разрешение в рамках данного согласия обращаться в случае необходимости за медицинской помощью,  
подписывать разрешение на осмотр, оказание медицинской помощи, а также госпитализацию либо отказ от  
госпитализации, об обработке персональных данных ребенка, оплачивать за мой счет необходимые расходы,  
обеспечивать соблюдение несовершеннолетним ребенком Правил проживания в Парк-отеле «Покровское», правил  
личной безопасности, противопожарных правил, принимать осуществлять иные действия, связанные с исполнением  
данного поручения.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_ без права передоверия. Доверитель (законный  
представитель \_\_\_\_\_ ребенка)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество полностью)  
(подпись)

«Мои полномочия, права и обязанности указанные в данном согласии мне понятны. Я согласен нести  
ответственность за несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ (ФИО ребенка)  
на период его пребывания в Парк-отеле «Покровское» на территории ООО «Царский лес» по адресу: пос. Дома  
отдыха Покровское Одинцовского района.

Доверенное \_\_\_\_\_ лицо \_\_\_\_\_ (Позднякова \_\_\_\_\_ Алина \_\_\_\_\_ Владимировна)

От Парк-отеля: \_\_\_\_\_ / Алексеев А. А. /