

**Согласие родителей (законных представителей)
на медицинское вмешательство**

Я _____,
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))
являясь родителем (законным представителем) _____

(Ф.И.О. ребенка)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие медицинским работникам Краевого государственного бюджетного образовательного учреждения «Краевой детский центр «Созвездие» (далее - Центр) на оказание медицинской помощи:

- медицинский осмотр при заезде ребенка в Центр, каждые семь дней смены, согласно СанПина - медицинский осмотр при заезде ребенка в Центр, каждые семь дней смены, согласно САНПИН 2.4.4.3155-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей».

- медицинский осмотр детей в первый день работы оздоровительного учреждения (или накануне открытия) с целью выявления больных;

- распределение детей на медицинские физкультурные группы;

- информирование сотрудников (начальника учреждения, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья детей;

- коррекцию режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;

- взвешивание детей и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены;

- систематический контроль за состоянием здоровья детей, особенно имеющих отклонения; активное выявление заболевших;

- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми и персоналом; сроками проведения банных дней и осмотр кожных покровов, осмотр по Ф-20;

- ежедневный амбулаторный прием детей;

- доврачебную медицинскую помощь;

- своевременную изоляцию больных, организацию лечения и ухода за детьми, находящимися в изоляторе;

- амбулаторно-поликлиническую помощь, в т.ч. по педиатрии и стоматологии, медицинскую помощь по физиотерапии и бальнеологии;

- госпитализацию по медицинским показаниям детей в лечебно-профилактическое учреждение;

- при несчастных случаях - оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка в ближайший стационар;

- осмотр детей на педикулез, чесотку, микроспорию;

В случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью Центр вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в районные и краевые учреждения здравоохранения;

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, возможность направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, без повторного согласования с родителем, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20___ г. и действует на время пребывания моего ребенка в КГБОУ КДЦ Созвездие.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес КГБОУ КДЦ Созвездие по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю КГБОУ КДЦ Созвездие.

Дата: _____

Подпись _____

СОГЛАСИЕ родителей (законных представителей) на психолого-педагогическое сопровождение

Я _____
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

Паспортные данные родителей (законных представителей)

Являясь родителем (законным представителем)

ФИО несовершеннолетнего и дата рождения

На основании ст. 42 Федерального закона от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», даю добровольное согласие педагогам-психологам, педагогическим работникам Краевого государственного бюджетного образовательного учреждения «Краевой детский центр «Созвездие» на оказание психолого-педагогического сопровождения:

- участие в развивающих образовательных мероприятиях по направлению психология;
- психолого-педагогическое консультирование (индивидуальное и групповое);
- анкетирование и психологическую диагностику;
- помощь в профориентации, и социальной адаптации;
- распределение в группу для занятий с психологом;
- наблюдение за психологическим состоянием в течение всей смены;
- информирование сотрудников (руководителя учреждения, вожатых, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о психологическом состоянии ребёнка в целях коррекции режима и нагрузок, в случае необходимости и выстраивания индивидуальной программы;
- оказание экстренной психологической помощи, в случае необходимости.

Извещён (извещена) о том, что имею право:
обратиться к педагогу-психологу по интересующим меня вопросам;
отказаться от психологического сопровождения ребенка (или отдельных его компонентов, указанных выше)

Настоящее согласие/несогласие (нужное подчеркнуть) дано мной «___» _____ 20___ г. и действует на время пребывания моего ребенка в Краевом государственном бюджетном образовательном учреждении «Краевой детский центр «Созвездие». За все возможные последствия, возникшие в связи с несогласием, несу личную ответственность.

Дата: _____

Подпись _____

