**Информированное добровольное согласие родителей (законных представителей)**

**участника смены МАУ Центр «Арго» г.о. Самара в 2025 году**

**на медицинское вмешательство**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) (нужное подчеркнуть*)

несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет)*

на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие медицинским работникам МАУ Центр «Арго» г.о. Самара на оказание медицинской помощи:

− медицинский осмотр при заезде ребенка в лагерь, каждые семь дней смены, согласно СанПин 2.4.3648-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи";

− распределение детей на медицинские физкультурные группы;

- проведение антропометрических исследований ребенка;

- термометрию, тонометрию

− информирование сотрудников (директора, и (или) заместителя директора учреждения, вожатых, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья детей;

− коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;

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

− контроль за соблюдением детьми правил личной гигиены;

− доврачебную медицинскую помощь;

- пероральный приём лекарственных препаратов по назначению врача

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

− в случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью лагерь вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в медицинские учреждения здравоохранения, за пределами Центра;

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

− при несчастных случаях - на оказание неотложной медицинской помощи, транспортировку в ближайший стационар.

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»: 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.

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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

« «\_\_\_\_2025 г. и действует на время пребывания моего ребенка в МАУ Центр «Арго» г.о. Самара.

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения за пределы Центра прошу вас проинформировать меня по следующим контактным данным сот. тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*Подпись расшифровка Ф.И.О. родителя / законного представителя*