



Я ознакомлен(а) и согласен(сна) с тем, что ребенок (в лице своих родителей и/или законных представителей) несет полную ответственность за нарушение и причинение ущерба имуществу Принимающей стороны.

Я обязуюсь полностью возместить материальный ущерб, нанесенный моим ребенком имуществу Принимающей стороны за весь период пребывания в нём, и не предъявлять претензий при досрочного прекращения пребывания ребенка у Принимающей стороны.

Я ознакомлен(а) с тем, что в связи с целостностью и содержательной логикой образовательных программ, интенсивным режимом занятий и объемом академической нагрузки, рассчитанной на весь период пребывания ребенка у Принимающей стороны, не допускаются опоздания или прогулы какой-либо части образовательной программы

Я согласен(сна) с участием ребенка в образовательных, спортивных мероприятиях, психологических тренингах, проводимых Принимающей стороной в рамках программы.

Я согласен(сна) на участие ребенка в концертах, фестивалях, выставках и иных видах культурно-массовых публичных мероприятий творческого характера.

Я согласен(сна) на участие ребенка в интервью, фото и видеосъемке, а также редактировании и использование полученных материалов любым доступным способом (включая печатную продукцию, размещение в сети Интернет и т.д.).

Я даю согласие на использование аудиозаписей, фотографий, видеоматериалов, постов, созданных моим ребенком в процессе обучения в Центре, размещенных в социальных сетях Вконтакте, Facebook, Instagram и пр. для размещения в социальных сетях Центра, а также в любой печатной продукции Центра по необходимости и усмотрению Центра в некоммерческих целях. При этом неисключительное право на использование данных материалов (с правом переработки) безвозмездно переходят к **региональному Центру выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи Московской области (в структуре автономной некоммерческой общеобразовательной организации «Областная гимназия им. Е.М. Примакова»).**

Я согласен(сна) на прохождение ребенком собеседований и получение консультации психолога Центра. Все полученные результаты строго конфиденциальны, но могут быть предоставлены родителям (законным представителям) по письменному запросу.

Я согласен(сна) на ограничение доступа ребенка в использовании мобильных устройств и средств доступа к сети Интернет в период проведения образовательной программы.

Я понимаю и осознаю, что некоторые виды деятельности, осуществляемые в Центре, например, такие как участие в различных спортивных соревнованиях и мероприятиях, выездных экскурсиях являются травмоопасными. Несмотря на это, при наличии у ребенка желания участвовать, я соглашаюсь на участие ребенка в указанных видах деятельности и гарантирую отсутствие претензий к Центру в случае получения ребенком травмы при условии соблюдения организаторами всех необходимых правил охраны жизни и здоровья во время занятий указанными видами деятельности.

Я уведомлен(а) о случаях, требующих нотариального документа (в форме доверенности или согласия), возлагающего ответственность за жизнь и здоровье несовершеннолетнего ребенка на сопровождающего его лица. В случае необходимости я обязуюсь его оформить, а также нести затраты на его доставку, либо прибыть к месту нахождения ребенка и лично представлять его интересы.

**Вышеизложенное мною прочитано и понятно, информация обсуждена с ребенком, и я выражаю свое согласие с условиями пребывания и участия ребенка в образовательных программах регионального Центра выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи Московской области (в структуре автономной некоммерческой общеобразовательной организации «Областная гимназия им. Е.М. Примакова»).**

**Подпись родителей (законных представителей)**

---

---

---

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, в отношении которого дается согласие, данные свидетельства о рождении / паспорта)

_____	_____
(степень родства)	(Ф.И.О., паспортные данные, адрес регистрации, мобильный телефон)
_____	_____
_____	_____
(дата)	(подпись)
_____	_____
(степень родства)	(Ф.И.О., паспортные данные, адрес регистрации, мобильный телефон)
_____	_____
_____	_____
(дата)	(подпись)
_____	_____
(степень родства)	(Ф.И.О., паспортные данные, адрес регистрации, мобильный телефон)
_____	_____
_____	_____
(дата)	(подпись)

**Приложение:**

**Приложение № 1 – Добровольное информированное согласие родителя (законного представителя) на обследование и лечение обучающегося.**

## Добровольное информированное согласие родителя (законного представителя) на обследование и лечение обучающегося

Я, \_\_\_\_\_,  
*(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего пациента – мать, отец, опекун, либо лица, действующего на основании доверенности, выданной законным представителем (указать паспортные данные законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего его полномочия как законного представителя)*

\_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_  
 (дата рождения) (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения)

\_\_\_\_\_  
 являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего  
 (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата его рождения)  
 проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_

подтверждаю, что в медицинской справке указаны ВСЕ заболевания, перенесенные ребенком, а также хронические заболевания и аллергии.

Я обязуюсь предоставить необходимые данные об ограничениях для ребенка, в том числе о состоянии здоровья, питании, о необходимости ограничить физические и иные нагрузки, а также иные данные, которые могут повлиять на обучение ребенка в региональном Центре выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи Московской области (в структуре автономной некоммерческой общеобразовательной организации «Областная гимназия им. Е.М. Примакова») (далее – Центр).

Я даю согласие на представление работниками Центра интересов моего ребенка в медицинских учреждениях с правом получения медицинской документации, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Я даю информационное добровольное согласие, в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на медицинское вмешательство медицинскими работниками, по обращению работника (работников) Центра, на проведение при необходимости медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н, в отношении ребенка, законным представителем которого я являюсь, а также на проведение в случае необходимости таких видов вмешательств, как:

- первичная медицинская помощь (обработка ран и наложение повязок);
- госпитализация ребенка по медицинским показаниям в медицинские учреждения Москвы и Московской области.

Кроме того, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное согласие на проведение при необходимости следующих диагностических процедур и манипуляций (в АНОО «Областная гимназия им. Е.М. Примакова») ООО «ДЕТСКАЯ КЛИНИКА» (ГК Фэнтези):

- медицинская консультация, а именно опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр врача (дежурного, лечащего, врача-специалиста, врача-стоматолога и т.д.);
- анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т.д.).

Я даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих лечебных процедур и манипуляций:

- пероральный прием лекарственных препаратов;
- парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и

внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.);

– с целью ограничения контакта со здоровыми детьми изоляция больного ребенка в бокс для заболевших детей (изолятор).

За исключением случаев, когда имеет место состояние здоровья, при котором имеется непосредственная угроза жизни, моему ребенку не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции:

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих здоровью, моего ребенка, я даю согласие на изменение характера лечения, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

Мне будут в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения моего ребёнка, а также возможные последствия отказа от обследования и лечения.

Я могу отказаться от пребывания моего ребёнка в стационаре, его обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для излечения ребенка, законным представителем которого я являюсь, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я понимаю, что мне может быть не дана информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что данное лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт, предусмотренный положениями действующего законодательства Российской Федерации.

Я знаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у моего ребенка и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у моего ребенка в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья моего ребенка может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Законный представитель пациента

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 подпись Ф.И.О. полностью  
 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Медицинский работник

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 подпись Ф.И.О.  
 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.