**Анкета для родителей детей,**

**прибывающих в МБУ ДОЛ «Айдос»**

(заполняется одним из родителей или законным представителем и является обязательной для заполнения)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я, (мать/отец/законный представитель, ФИО) | |  | |
| Разрешаю своему сыну/дочери (ФИО ребенка) | |  | |
| стать участником заезда в Детский оздоровительный центр «Айдос» | | | |
| который состоится с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года. | | | |
| **Контактная информация:** | | | |
| Мать: | | | № тел. |
|  | | |  |
| Отец: | | |  |
|  | | |  |
| Ребёнок | | |  |
|  | | |  |
| Дополнительный телефон для экстренной связи | | |  |
| Адрес электронной почты родителя | | |  |
| Адрес фактического проживания | | |  |
| **Дополнительные сведения о ребёнке:** | | | |
| Пожалуйста, укажите информацию о состоянии здоровья ребенка: | | | |
| 1. | есть ли противопоказания для занятия спортом | |  |
|  |
| 2. | есть ли у ребенка индивидуальная непереносимость продуктов питания (если да, то какие) | |  |
|  |
| 3. | есть ли у ребенка индивидуальная непереносимость лекарств (если да, то какие) | |  |
|  |
| 4. | наличие аллергии (если да, тот на что) | |  |
| 5. | какие-либо медицинские показания | |  |
| 6. | перенесённые травмы, переломы за последние полгода | |  |
| 7. | хронические заболевания (если да, то какие) | |  |

Если вашему ребёнку необходимы **специальные лекарства**:

1. Медикаменты в лагерь брать запрещено, но если есть такая необходимость в приеме лекарственных препаратов, то укажите подробно, что это за лекарство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**не забудьте сдать назначение врача с описанием приема лекарственных препаратов.**

1. Необходимо согласовать с педиатром, который будет наблюдать за Вашим ребенком в течение смены, возможность назначенного лечения в условиях лагеря. За эффективность ранее назначенного лечения администрация ДОЦ ответственности не несет.

**Умение плавать (бассейн):**  отлично хорошо плохо не умеет (подчеркнуть).

Особые пожелания (для руководителей в ДОЦ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я предупрежден(а) об ответственности за достоверность сведений в данной анкете.**

* Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, согласно ст.32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», даю информированное согласие на оказание медицинской помощи, на консультацию и госпитализацию ребенка при острых состояниях или обострении хронических заболеваний.

* Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Список доверенных лиц, с которыми ребенок может покинуть территорию ДОЛ «Айдос»**

**(по разрешению законных представителей/ родителей)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | Контактные и паспортные данные | Степень родства |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2025г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
   (подпись) \* Сведения, указанные в анкете, будут доступны директору лагеря, врачу, педагогам и инструкторам, работающим с ребенком.