

**ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ  
(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) ПРИ ПЕРЕДАЧЕ РЕБЕНКА  
В ГОБОУДО МОЗСООПЦ «ГАНДВИГ»  
В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Я, \_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
являюсь родителем (законным представителем) несовершеннолетнего(ей) ФИО, дата,  
год рождения \_\_\_\_\_

1. Настоящим сообщаю, что мой сын (моя дочь) не употребляет наркотических сильнодействующих психотропных медицинских веществ и токсических средств, не имеет алкогольной зависимости, не имеет табачной зависимости, не склонен (не склонна) к хищению чужого имущества, нарушению общественного порядка, не является членом неформального антиобщественного объединения, не судим (не судима) и не склонен (не склонна) к иным противоправным антиобщественным проявлениям.

2. Я гарантирую соблюдение мной и моим сыном (моей дочерью) Правил пребывания в ГОБОУДО МОЗСООПЦ «Гандвиг», нормальное поведение моего сына (моей дочери), соблюдение им (ею) правил внутреннего распорядка, исполнение правил техники безопасности и пожарной безопасности, санитарно-гигиенических норм, исполнение законных требований. С возможностью применения по отношению к моему сыну (моей дочери) мер пресечения правонарушений несовершеннолетних в соответствии с нормами законодательства Российской Федерации ознакомлен(а).

3. Подтверждаю, что ознакомлен(а) с локальными нормативно-правовыми актами ГОБОУДО МОЗСООПЦ «Гандвиг».

4. Подтверждаю, что ознакомлен(а) с инструкциями, рекомендациями, требованиями, правилами пребывания моего ребенка на отдыхе и оздоровлении в ГОБОУДО МОЗСООПЦ «Гандвиг» во время ограничительных мер по профилактике и предупреждению нераспространения новой коронавирусной инфекции.

5. По результатам рассмотрения документов о пребывании моего ребенка в ГОБОУДО МОЗСООПЦ «Гандвиг», представителем местного муниципального органа управления образования, ответственным за набор детей в ГОБОУДО МОЗСООПЦ «Гандвиг», в доступной для меня форме разъяснены правила и возможность пребывания моего ребенка на территории ГОБОУДО МОЗСООПЦ «Гандвиг», после чего я выражаю свое согласие на его нахождение в ГОБОУДО МОЗСООПЦ «Гандвиг».

6. В том числе, я проинформирован(а), мне разъяснено, что в случае необходимости, при появлении у моего ребенка признаков заболевания, он будет изолирован в медицинское учреждение, возможно госпитализирован. В случае контакта моего ребенка с человеком, имеющим подозрение на заболевание новой коронавирусной инфекцией, мой ребенок будет находиться в карантине.

7. Я подтверждаю, что по месту жительства и в семье отсутствуют больные и контакты с больными новой коронавирусной инфекцией.

8. Я подтверждаю, что в течение 30 дней мой ребенок и члены моей семьи не посещали зарубежные страны и другие регионы Российской Федерации.

9. Я подтверждаю, что в случае заболевания COVID-19 (либо обследования в связи с подозрением COVID-19) у лиц, которые были в контакте с ребенком в течение последних 14 дней до начала заезда, незамедлительно проинформирую об этом ГОБОУДО МОЗСООПЦ «Гандвиг» по телефонам: (881533) 9-94-04; (921) 178-16-98.

10. Я подтверждаю, что в случае заболевания COVID-19 ребенка (либо его обследования в связи с подозрением COVID-19) в случае возникновения заболевания в течение 14 дней после возвращения из Лагеря, незамедлительно проинформирую об этом ГОБОУДО МОЗСООПЦ «Гандвиг» по телефонам: (881533) 9-94-04; (921) 178-16-98.

11. Я добровольно сообщаю индивидуальные особенности ребенка, привычки, зависимости, хронические заболевания, другие особенности, связанные со здоровьем ребенка, перечень принимаемых лекарств \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Я добровольно предоставляю ответы на контрольные вопросы:

Список контрольных вопросов	ДА	НЕТ
Перенес ли ребенок COVID-19 (случай подтвержден медицинской организацией)		
Перенес ли кто-то из лиц, проживающих с ребенком, COVID-19 (случай подтвержден медицинской организацией)		
Выезжал ли ребенок за пределы региона в течение 14 дней до начала заезда		
если да, указать, куда _____		
Были ли у ребенка в течение последних 14 дней контакты с лицами, подозрительными COVID-19		
Наблюдались ли клинические проявления в течение последних 14 дней острой респираторной инфекции (температура тела выше 37,5°C и/или наличие одного или более следующих симптомов: кашель, сухой или со скудной мокротой, ощущение заложенности в грудной клетке, одышка, боль в горле, заложенность носа или слизистые выделения из полости носа, нарушение или потеря обоняния, потеря вкуса, конъюнктивит, слабость, мышечные боли, головная боль, рвота, диарея, кожная сыпь, снижение SpO2 < 95%)		
Входит ли ребенок в группу высокого риска тяжелого течения COVID-19		

13. Я добровольно предоставляю результаты лабораторных исследований на COVID-19 моего ребенка (при наличии таких исследований).

14. Мы с моим ребенком прочитали вышенаписанное, обсудили и подтверждаем свое согласие с этим документом.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

ФИО родителя

(законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись \_\_\_\_\_ расшифровка \_\_\_\_\_

Контактный телефон

родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_

ФИО несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись \_\_\_\_\_ расшифровка \_\_\_\_\_