

## **Перечень обязательных документов, предоставляемых по прибытии.**

- 2-е копии свидетельства о рождении ребенка. В случае достижения ребенком 14-ти летнего возраста дополнительно – 2-е копии паспорта ребенка (разворот с фотографией, разворот с местом регистрации);
- Заявление от родителя (законного представителя) ребенка о согласии на участие в учебно-тренировочных сборах на объектах ФГБУ «ТЦСКР «Крымский» с указанием фамилии, имени и отчества лица (лиц), сопровождающего несовершеннолетнего (форма прилагается);
- Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего от родителя (законного представителя) (форма прилагается);
- Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство от родителя (законного представителя) (форма прилагается);
- Справка о санитарно-эпидемиологическом окружении (предусмотренная п. 1.10. СанПиН 2.4.4.3155-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей»), выданная не ранее, чем за три дня до выезда (справка врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными);
- Медицинская справка на ребенка, выезжающего в санаторный оздоровительный лагерь по форме 079/у (утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н) с обязательной информацией о прививках и результатах обследований на паразитарные заболевания (соскоб на энтеробиоз и яйца гельминтов) выданная не ранее, чем за 10 дней до выезда;
- Копия полиса медицинского страхования ребенка (ОМС, ДМС);
- Доверенность на представление интересов несовершеннолетнего установленной формы от родителей на ребенка (форма прилагается).

По месту требования

от \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество родителя)

гражданство \_\_\_\_\_, пол: \_\_\_\_\_,

дата рождения \_\_\_\_\_, место

рождения: \_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,

кем и когда выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

адрес регистрации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ.

Настоящим даю согласие моему несовершеннолетнему ребенку

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка)

пол \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения: \_\_\_\_\_,

Свидетельство о рождении

серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_,

на участие в участие в тренировочных сборах по баскетболу, проходящих по адресу:

**г.Алушта, ул. Перекопская, д.9,**

**в период с 19 июля 2022 года по 3 июля 2022 года,**

**на объектах ФГБУ «ТЦСКР «Крымский» в сопровождении тренеров:**

**Ивакина Дмитрия Игоревича**

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_,

**Киселева Захара Николаевича**

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_,

**Невелева Марка Олеговича**

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись родителя, расшифровка: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего)

Дата рождения \_\_\_\_\_ г.

Проживающий по

адресу: \_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет)

даю свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь на следующих условиях:

☐ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Тренировочный центр спортивной подготовки сборных команд России «Крымский» (далее – Учреждение) осуществляет обработку персональных данных Субъекта исключительно в целях исполнения договорных обязательств, проведения рекламных компаний и маркетинговых исследований.

☐ Данное согласие дается на обработку персональных данных, как без использования средств автоматизации, так и с их использованием

Перечень персональных данных, не являющихся специальными или биометрическими, передаваемых Учреждению на обработку:

- ☐ фамилия, имя, отчество;
- ☐ дата рождения;
- ☐ паспортные данные;
- ☐ контактный телефон (домашний, сотовый, рабочий);
- ☐ фактический адрес проживания;
- ☐ адрес электронной почты;
- ☐ данных о состоянии здоровья.

☐ Данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг обрабатываются лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

☐ Учреждению и медицинским работникам Учреждения предоставляется право передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну (сведения о фактах обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе), иным лицам (медицинским организациям, страховым компаниям, оплачивающим медицинские услуги) в целях обследования и лечения.

☐ Персональные данные не являются общедоступными.

☐ Основанием для обработки персональных данных являются: Ст. 24 Конституции Российской Федерации; ст.6 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных».

☐ Субъект дает согласие на обработку Учреждению своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

☐ Персональные данные обрабатываются до прекращения оказания услуг Учреждением, после чего персональные данные хранятся на основании Федерального Закона №125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации» от 22.10.2004 и иных нормативно-правовых актов, касающихся архивного дела и архивного хранения в Российской Федерации.

☐ Настоящее согласие действует бессрочно.

☐ Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением субъекта персональных данных.

☐ В случае отзыва Субъектом или его представителем согласия на обработку персональных данных Учреждение вправе продолжить обработку персональных данных без согласия Субъекта при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 26.06.2006 г.

☐ Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ).

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Федеральном государственном бюджетном учреждении «Тренировочный центр спортивной подготовки сборных команд России «Крымский»**

Медицинским работником

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому(которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

## ДОВЕРЕННОСТЬ

г.Санкт-Петербург

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО одного из родителей или законного представителя)  
гражданин РФ \_\_\_\_\_ г.р., \_\_\_\_\_,  
(дата рождения) (место рождения)  
выдан \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_, поручаю:

**Ивакину Дмитрию Игоревичу**, гражданину РФ \_\_\_\_\_ г.р., \_\_\_\_\_,  
(дата рождения) (место рождения)

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
зарегистрированному по адресу \_\_\_\_\_

**Киселеву Захару Николаевичу**, гражданину РФ \_\_\_\_\_ г.р., \_\_\_\_\_,  
(дата рождения) (место рождения)

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
зарегистрированному по адресу \_\_\_\_\_

**Невелеву Марку Олеговичу**, гражданину РФ \_\_\_\_\_ г.р., \_\_\_\_\_,  
(дата рождения) (место рождения)

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
зарегистрированному по адресу \_\_\_\_\_

быть моими представителями по вопросам, касающимся сопровождения моего несовершеннолетнего  
/-ней сына/дочери \_\_\_\_\_

(ФИО ребенка)  
\_\_\_\_\_ г.р., свидетельство о рождении серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,  
(дата рождения)  
выдано \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
зарегистрированному по адресу \_\_\_\_\_

на тренировочных и/или спортивных мероприятиях во всех государственных и иных организациях и учреждениях Российской Федерации, независимо от их формы собственности, в том числе и медицинских, сопровождать моего/мою несовершеннолетнего/-нюю сына/дочь, во время проведения тренировочных и/или спортивных мероприятий, проходящих в любом регионе Российской Федерации, для чего предоставляю право представлять интересы моего/моей несовершеннолетнего/-ей сына/дочери во всех организациях и учреждениях, по всем вопросам, связанным с тренировочными и/или спортивными мероприятиями, подавать от моего имени заявления и ходатайства, уплачивать необходимые сборы, налоги и пошлины, подавать и получать все необходимые справки и документы, медицинские свидетельства, принимать решения об оперативных медицинских вмешательствах по срочным показаниям, а также расписываться за меня и выполнять все действия и формальности, связанные с данным поручением, нести полную ответственность за жизнь, здоровье и безопасность моего/моей несовершеннолетнего/-ей сына/дочери.

Полномочия по этой доверенности **НЕ МОГУТ** быть переданы другим лицам.

Доверенность выдана сроком с 19 июня 2022 года по 3 июля 2022 года.

Достоверность предоставленных мною для составления настоящей доверенности сведений подтверждаю.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)