

## СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) РЕБЕНКА

Принимая настоящие условия пребывания и участия ребенка в образовательных программах (в том числе – интенсивных профильных 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»)

Я, \_\_\_\_\_,

фамилия имя и отчество родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_

фамилия имя и отчество ребенка

соглашаюсь с нижеследующим.

Я ознакомился(ась) с Правилами площадки проведения образовательной программы (далее – Площадка), **Правилами внутреннего распорядка лиц, зачисленных на образовательную программу в региональный Центр 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) (далее – Гимназия) (совместно – Принимающая сторона), и гарантирую соблюдение данных правил мной и моим ребенком, адекватное поведение моего ребенка, соблюдение им режима дня Центра, соблюдение правил техники безопасности и пожарной безопасности, санитарно-гигиенических норм, выполнение законных требований администрации, педагогов, службы безопасности и администрации Принимающей стороны. Даю согласие на проведение инструктажа моего ребенка по нормам и правилам, соблюдение которых обеспечивает безопасность и надлежащий режим проведения образовательного процесса.

Я сообщаю и гарантирую, что мой ребенок не употребляет наркотических, сильнодействующих психотропных медицинских веществ и токсических средств, не имеет алкогольной и табачной зависимости, не склонен к хищениям чужого имущества, нарушению общественного порядка, не является членом неформального антиобщественного объединения, не склонен к противоправным антиобщественным проявлениям.

Я осведомлен(а), что Центр имеет право досрочно прекратить пребывание ребенка в нем, а именно отчислить и передать ребенка мне: за грубое нарушение правил пребывания, за совершение действий и поступков, оскорбляющих и унижающих честь и достоинство другого человека, наносящих вред здоровью самого ребенка и окружающих, за умышленное причинение ущерба имуществу Принимающей стороны за хранение и использование оружия, психотропных веществ, наркотиков, сигарет (в том числе электронных), табака, алкоголя (алкогольсодержащих веществ) и других запрещенных законодательством (подзаконными актами) предметов и препаратов в зданиях и на территории Принимающей стороны, а также вне зависимости от территориальной принадлежности – в период проведения образовательной программы. В случае решения Центра о досрочном прекращении пребывания ребенка по одной из вышеуказанных причин, я обязуюсь незамедлительно прибыть в место нахождения ребёнка и сопроводить его лично к месту жительства за собственный счет.

При наличии подозрения на употребление ребенком вышеперечисленных запрещенных веществ и препаратов, а также неадекватного поведения ребенка, Принимающая сторона оставляет за собой право направить ребенка на консультацию нарколога и психиатра, нахождение тестирования на наличие или отсутствие вышеуказанных веществ в организме. О времени и месте проведения указанных мероприятий, а также о результатах тестирования, заключениях специалистов, родители уведомляются Принимающей стороной в течение суток.

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

Приложение:  
Приложение № 1 – Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,

---

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

Дата рождения \_\_\_\_\_

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_

(серия, номер, кем и когда выдан, кпп)

---

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

---

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

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 участие ребенка в программе и должны быть известны сопровождающим и иным лицам, задействованным в программе.

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

Я даю информированное добровольное согласие, в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на медицинское вмешательство медицинскими работниками Принимающей стороны на проведение при необходимости медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.11.2012 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.

В доступной для меня форме мне должны быть 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, а также указанных в настоящем согласии, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, согласно Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с перечнем персональных данных, указанных в настоящем согласии.

Законный представитель пациента:

---

(фамилия имя и отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего)

---

(дата)

---

(подпись)