

## ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В ЦЕНТР «УСПЕХ» с:

### КРАТКОСРОЧНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ:

1. Медицинская справка, заполненная врачом—педиатром о состоянии здоровья ребенка с указанием:

группы здоровья и физкультурной группы,

сведений об имеющихся прививках с **обязательной отметкой о прививке пробы Манту** (ребенок должны быть привит по возрасту с учетом календаря прививок или иметь медицинский отвод от прививок), об отсутствии педикулеза, кожных заболеваний,

с заключением об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня.

2. Копии свидетельства о рождении/паспорта обучающегося и родителя (законного представителя) (страницы 2—5);

3. Заполненные родителем (законным представителем) ребенка в возрасте до 14 лет либо ребенком, достигшим возраста 14 лет, и согласованные родителем (законным представителем):

заявление;

согласие на обработку персональных данных;

согласие на медицинское вмешательство.

### КРУГЛОСУТОЧНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ:

1. Медицинская справка (**форма №079/у**), заполненная врачом-педиатром с комплексной оценкой состояния здоровья ребенка за две недели до начала обучения: с заключением врача об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня, со сведениями об имеющихся прививках с **обязательной отметкой о прививке пробы Манту** (ребенок должны быть привит по возрасту с учетом календаря прививок или иметь медицинский отвод от прививок), об отсутствии педикулеза (форма №20), кожных заболеваний, результатами анализов кала на яйца глист, энтеробиоз и простейшие; отметкой о санации полости рта.

2. Копии свидетельства о рождении/паспорта обучающегося и родителя (законного представителя) (страницы 2—5);

3. Заполненные родителем (законным представителем) ребенка в возрасте до 14 лет либо ребенком, достигшим возраста 14 лет, и согласованные родителем (законным представителем)\*:

заявление;

согласие на обработку персональных данных;

согласие на медицинское вмешательство.

\* бланки необходимых документов для заполнения представлены ниже

## МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

для приёма обучающихся на обучение в Центр «УСПЕХ»  
(Приказ Минздрава от 13.05.2016 № 295н):

соматические заболевания в острой подострой стадии, хронические заболевания в период обострения, в стадии декомпенсации. Инфекционные и паразитарные болезни, в том числе с поражением глаз и кожи, инфестации, например, педикулёз, чесотка, - до окончания срока изоляции;

диагноз «бактерионосительство возбудителей кишечных инфекций, дифтерии»;

активный туберкулёз любой локализации;

злокачественные новообразования, которые требуют лечения, в том числе химиотерапии;

эпилепсия с текущими приступами, с ремиссией менее одного года;

кахексия, то есть крайнее истощение организма, которое характеризуется общей слабостью, резким снижением веса;

психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или представляющие опасность для ребенка и окружающих, а также вызванные приемом психоактивных веществ.

**Дети, которым не проводилась туберкулинодиагностика, в образовательную организацию допускаются при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания.**

Дети, у которых отсутствует диаскинтест (реакция Манту, проба Пирке) и заключение врача-фтизиатра об отсутствии заболевания в образовательную организацию **не принимаются** (постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 (п. 5.7.СП 3.1.2.3114-13) «Профилактика туберкулёза» (с изменениями и дополнениями).

В приказ

Директору  
ОБОУ «Лицей-интернат № 1» г. Курска  
Моршневой М.Е.

\_\_\_\_\_ /М.Е.Моршнева/ от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

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

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.. ребенка полностью)

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Контактный тел.: \_\_\_\_\_

заявление.

Прошу зачислить мою(его) дочь (сына) \_\_\_\_\_

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

в региональный центр выявления и поддержки одаренных детей «УСПЕХ» - структурное подразделение ОБОУ «Лицей-интернат № 1» г. Курска (далее — Центр «УСПЕХ») на обучения по дополнительной образовательной программе

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной программы)

в период с «\_\_\_\_\_» по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_ года.

**Даю свое согласие на психолого-педагогическое сопровождение обучения моего ребенка,**

**на самостоятельное прибывание ребенка к месту обучения в Центр «УСПЕХ» и самостоятельный отъезд домой в период обучения по программе. Несу полную ответственность за жизнь и здоровье, безопасность своего ребенка в период следования к месту учебы и обратно.**

О ребенке сообщаю следующие данные:

\_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год рождения)

\_\_\_\_\_,  
(наименование общеобразовательной организации, класс, где обучается)

\_\_\_\_\_.  
(контактный телефон ребенка)

Кратко о достижениях ребенка в мероприятиях регионального, федерального и международного уровней: \_\_\_\_\_

С Уставом ОБОУ «Лицей-интернат № 1» г. Курска, образовательными программами и другими документами, регламентирующими деятельность Центра «УСПЕХ», ознакомлен(а).

К заявлению прилагаю: копии свидетельства о рождении ребенка, своего паспорта, согласие на обработку персональных данных, медицинское вмешательство; медицинскую справку (для детей с круглосуточным пребыванием - медицинскую справку формы № 079/у), заполненную участковым врачом-

педиатром о состоянии здоровья ребенка с указанием группы здоровья и физкультурной группы, об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня, об отсутствии педикулеза (форма №20), кожных заболеваний **на дату поступления в Центр.**

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка)

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., серия, номер паспорта, когда и кем выдан, адрес места жительства)

являясь родителем ( законным представителем) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

даю свое согласие в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», оператору регионального центра выявления и поддержки одаренных детей «УСПЕХ» - структурного подразделения ОБОУ «Лицей-интернат № 1» г. Курска на автоматизированную, также без использования средств автоматизации обработку персональных данных: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных:

своих: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, реквизиты документа, удостоверяющего личность, гражданство, адреса регистрации и фактического проживания, контактные телефоны;

ребенка: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, реквизиты документа, удостоверяющего личность, фотография, адреса регистрации и фактического проживания, данные о состоянии здоровья (в объеме, необходимом для допуска к обучению и создания оптимальных условий обучения); место обучения (учреждение, класс); результаты освоения образовательных программ; результаты прохождения промежуточной и государственной итоговой аттестации, данные о посещаемости занятий; информация об участии и результатах участия в конкурсах, олимпиадах, фестивалях, конференциях, соревнованиях и других массовых мероприятиях;

внесение сведений региональный реестр одаренных детей;

проведение фото — и видеосъемки мероприятий, проводимых Центром, с участием ребенка;

размещение на официальном сайте и в социальных сетях в официальных группах Центра информации об участии и достижениях ребенка в конкурсах, олимпиадах, фестивалях, конференциях, соревнованиях и других массовых мероприятиях с указанием его фамилии, имени, места обучения (общеобразовательная организация, класс), фото — видеоматериалов с его участием.

Разрешаю предоставление моих персональных данных и персональных данных ребенка третьим лицам (в том числе комитету образования и науки Курской области) в соответствии с заключенными договорами соглашениями, а также в случаях, предусмотренных федеральными законами, в объеме, необходимом для достижения цели обработки.

Мне разъяснены мои права и обязанности в части обработки персональных данных, в том числе право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку ответственному сотруднику оператора и обязанность проинформировать оператора в случае изменения моих персональных данных и персональных данных ребенка.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

В приказ

Директору  
ОБОУ «Лицей-интернат № 1» г. Курска  
Моршневой М.Е.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/М.Е. Моршнева/

(Ф.И.О. обучающегося полностью)

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Контактный тел.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Заявление.

Прошу зачислить меня в региональный центр выявления и поддержки одаренных детей «УСПЕХ» - структурное подразделение ОБОУ «Лицей-интернат № 1» г. Курска (далее - «Центр «УСПЕХ») на обучения по дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе

(наименование образовательной программы)

в период с «\_\_\_» по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

### О себе сообщаю следующие данные:

(число, месяц, год рождения)

(наименование общеобразовательной организации, класс, где обучается)

### Сведения о родителях (законных представителях):

Мать: \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

место работы: \_\_\_\_\_,

(наименование организации)

контактный телефон: \_\_\_\_\_.

Отец: \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

место работы: \_\_\_\_\_,

(наименование организации)

контактный телефон: \_\_\_\_\_.

**К заявлению прилагаю:** письменное согласие на обработку персональных данных, медицинское вмешательство, скан (фото) своего паспорта и паспорта родителя (законного представителя), медицинскую справку (для детей с круглосуточным пребыванием - медицинскую справку формы № 079/у) о состоянии здоровья (выдается медицинской сестрой общеобразовательной организации либо участковым педиатром, заверяется подписью и печатью), содержащей сведения о имеющихся заболеваниях, группе здоровья, принадлежности к физкультурной группе, отметкой об эпитокружении, датированной числом зачисления на обучение в Центр «УСПЕХ».

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя (законного представителя), серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

**даю свое согласие на психолого-педагогическое сопровождение обучения моего ребенка; на самостоятельное прибытие ребенка к месту обучения в Центр «УСПЕХ» и самостоятельный отъезд домой в период обучения по программе.**

**Несу полную ответственность за жизнь и здоровье, безопасность своего ребенка в период следования к месту учебы и обратно.**

---

(дата)

---

(подпись родителя)

---

(расшифровка)

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., серия, номер паспорта (свидетельства о рождении), когда и кем выдан, адрес места жительства)

даю свое согласие в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», оператору регионального центра выявления и поддержки одаренных детей «УСПЕХ» - структурного подразделения ОБОУ «Лицей-интернат № 1» г. Курска на автоматизированную, также без использования средств автоматизации обработку персональных данных: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение своих персональных данных: фамилии, имени, отчества, даты рождения, пола, реквизитов документа, удостоверяющего личность, гражданства, адреса регистрации и фактического проживания, контактных телефонов, данных о состоянии здоровья (в объеме, необходимом для допуска к обучению и создания оптимальных условий обучения); месте обучения (учреждение, класс); результатах освоения образовательных программ; результатах прохождения промежуточной и государственной итоговой аттестации, данных о посещаемости занятий; информации об участии и результатах участия в конкурсах, олимпиадах, фестивалях, конференциях, соревнованиях и других массовых мероприятиях; внесение сведений региональный реестр одаренных детей;

проведение фото — и видеосъемки мероприятий, проводимых Центром, с моим участием;

размещение на официальном сайте и в социальных сетях в официальных группах Центра информации о моем участии и достижениях в конкурсах, олимпиадах, фестивалях, конференциях, соревнованиях и других массовых мероприятиях с указанием фамилии, имени, места обучения (общеобразовательная организация, класс), фото — видеоматериалов с моим участием.

Разрешаю предоставление моих персональных данных третьим лицам (в том числе комитету образования и науки Курской области) в соответствии с заключенными договорами соглашениями, а также в случаях, предусмотренных федеральными законами, в объеме, необходимом для достижения цели обработки.

Мне разъяснены мои права и обязанности в части обработки персональных данных, в том числе право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку ответственному сотруднику оператора и обязанность проинформировать оператора в случае изменения моих персональных данных.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя), серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

**даю свое согласие на обработку своих персональных данных: фамилии, имени, отчества, реквизитов документа, удостоверяющего личность, места работы, контактного телефона и персональных данных моего ребенка.**

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

(расшифровка)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012г. № 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи")

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, таких как:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Осмотр врача-гинеколога (для девочек), хирурга-андролога (для мальчиков).
11. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.

12. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования.

13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

14. Медицинский массаж.

15. Лечебная физкультура.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

первичной медико-санитарной помощи в детской поликлинике ОБУЗ "Курская горбольница № 2"

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления информированного добровольного согласия)