**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Между Бюджетным учреждением здравоохранения Орловской области «Детский санаторий «Орловчанка» и родителями (лицами их заменяющими) ребенка, отдыхающего**

**в БУЗ ОО ДС «Орловчанка» филиале СОЛ «Мечта».**

 г. Орел «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Детский санаторий «Орловчанка», именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице генерального директора Горяйновой Марины Сергеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и родителями – матерью, отцом (законными представителями)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Родитель», с другой стороны, действующий в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, именуемый в дальнейшем «Ребенок», также совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
	1. Настоящий договор имеет своей целью определение и регулирование взаимоотношений сотрудничества между «Учреждением» и «Родителями» ребенка, отдыхающего в БУЗ ОО « ДС «Орловчанка» филиале СОЛ «Мечта»,, возникающих в процессе воспитания, присмотра, ухода, санаторно - курортного лечения и оздоровления ребенка.
2. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
	1. «Учреждение» осуществляет оказание услуг по санаторно-курортному лечению и оздоровлению детей на основании Конституции РФ; в соответствии с законодательством РФ, Семейным кодексом РФ, Конвенцией ООН о правах ребенка, Декларацией прав ребенка, Уставом БУЗ ОО « ДС «Орловчанка», Положением о филиале СОЛ «Мечта», и др. нормативными документами, лицензией на осуществление медицинской деятельности
	2. «Учреждение» оказывает услуги по настоящему Договору самостоятельно. При оказании услуг «Учереждение» вправе привлекать третьих лиц для совершения определенных действий в рамках оказания услуг.
	3. Настоящий Договор регламентирует права и обязанности участников процесса оздоровления детей.
3. **ОБЯЗАННОСТИ «УЧРЕЖДЕНИЯ»**

«Учреждение» обязуется:

* 1. Зачислить ребенка в отряд на основании:
* *Путевки на ребенка,*
* *Медицинской справки установленного образца для зачисления в лагерь с отметкой об эпидокружении (справкой об эпидокружении) и данных обо всех прививках,*
* *Копии свидетельства о рождении ребенка,*
* *Копии страхового медицинского полиса ребенка,*
* *Копии паспорта одного из родителей,*
* *Копии СНИЛСа ребенка,*
* *Настоящего договора.*
* Обеспечить выполнение основных задач организация детского отдыха, лечение и укрепление здоровья детей и подростков,
	1. Организовать отдых и оздоровление детей в соответствии с программой смены и дополнительными образовательными программами, реализуемыми в учреждении.
	2. Организовать режим дня и процессы медицинского лечения и оздоровления в соответствии с нормативными и инструктивными документами Министерства здравоохранения и социального развития РФ, требованиями СанПиН 2.4.4.3155-13.
	3. Организовать лечение и оздоровление ребенка в соответствии с поставленными лечащими врачами диагнозами, а также рекомендациями врачей «Учреждения».
	4. Осуществлять медицинское обслуживание согласно действующей лицензии. на осуществление медицинской деятельности
	5. Осуществлять Образовательную деятельность в соответствии с действующей лицензией на осуществление образовательной деятельности
	6. Обеспечить ребенка сбалансированным пятиразовым питанием, необходимым для его роста и развития, по режиму дня в соответствии с требованиями СП 2.3.6.1079-01
1. **ОБЯЗАННОСТИ «РОДИТЕЛЯ»**

«Родитель» обязуется:

* 1. Соблюдать Устав «Учреждения» и настоящий договор, нормы педагогической этики, с уважением относиться ко всем работникам «Учреждения».
	2. Нести ответственность за воспитание своих детей.
	3. Самостоятельно обеспечить организацию перевозки Ребенка к месту оказания услуг Организацией и обратно.
	4. Во время заезда детей в санаторий и отъезда из него, лично передавать своего ребенка воспитателю с регистрацией в «Дневнике отряда». Не делегировать эту обязанность посторонним лицам и несовершеннолетним детям, в исключительном случае, забирать ребенка имеет право взрослый старше 18 лет на основании доверенности, заверенной нотариусом или руководством предприятия при наличии паспорта.
	5. Выполнять правила приема и пребывания отдыхающих в БУЗ ОО «ДС «Орловчанка» филиале СОЛ «Мечта» и объяснить их детям накануне заезда в «Учреждение» (данные правила являются неотъемлемой часть настоящего договора).
	6. Выполнять требования по ограничению привоза продуктов питания в «Учреждение» (список запрещенных продуктов является неотъемлемой частью настоящего договора).
	7. Привозить в санаторий ребенка здорового, без признаков простудных или инфекционных заболеваний для предотвращения их распространения среди других воспитанников.
	8. Привозить справку об эпидокружении, если ребенка забирают из санатория на небольшой срок (более 3 суток). При этом пройти обследование в медицинском корпусе санатория в момент отъезда и приезда.
	9. Своевременно разрешать с воспитателями (вожатыми) возникшие вопросы, не допуская при этом присутствия детей. Сообщать администрации «Учреждения» о замеченных нарушениях для их немедленного устранения.
	10. «Родитель» несет материальную ответственность за ущерб, причиненный имуществу Учреждения детьми и подростками. Возмещение ущерба, производится «Родителем» на основании представленного Учреждением «Акт о причиненном ущербе».
1. **ПРАВА «УЧРЕЖДЕНИЯ»**

«Учреждение» имеет право:

* 1. Самостоятельно определять формы образовательной деятельности, средства, методы воспитания, медицинского лечения, мониторинга отдыхающих. Учитывая интересы и желание ребенка включать его в образовательный процесс.
	2. Отчислить ребенка из «Учреждения» в следующих случаях:
* по медицинскому заключению о состоянии здоровья ребенка, препятствующего его дальнейшему пребыванию в СОЛ «Мечта»;
* по заявлению родителей;
* при систематическом нарушении ребенком Правил пребывания отдыхающих в БУЗ ОО « ДС «Орловчанка» филиале СОЛ «Мечта», которые являются неотъемлемой частью данного договора;
	1. Не передавать ребенка «Родителям» (законным представителям), если те находятся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения.
	2. Вносить предложения по совершенствованию воспитания в семье.
1. **ПРАВА «РОДИТЕЛЕЙ»**

Родители имеют право:

* 1. Знакомиться с документами, регламентирующими деятельность «Учреждения», с условиями размещения и правилами посещения Ребенка в «Учереждении».
	2. Получать информацию от «Учреждения» об оказании услуг по организации и обеспечению отдыха и оздоровления Ребенка.
	3. Посещать детей и присутствовать на досуговых мероприятиях, которые проводятся в «Учреждении» для отдыхающих детей в родительские дни и установленные часы,
	4. Требовать соблюдения условий настоящего договора.
1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**
	1. Срок действия договора устанавливается с первого дня начала заезда детей в соответствии со сроками, указанными в путевке ребенка: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.
	2. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон.
	3. Настоящий договор считается расторгнутым досрочно с момента отъезда ребенка из санатория до окончания смены по заявлению родителей (законных представителей) с указанием причины отъезда (расторжения договора).

**СТОРОНЫ, ПОДПИСАВШИЕ НАСТОЯЩИЙ ДОГОВОР**

|  |  |
| --- | --- |
| Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Детский санаторий «Орловчанка»Адрес: 302 502, Орловская область, Орловский р-н, пос. Стрелецкий, ул. Берёзовая, д.15Тел./факс: 40-31-94, 40-31-93e-mail: ds-orlovchanka@yandex.ru***Генеральный директор******БУЗ ОО « ДС «Орловчанка»******\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М. С. Горяйнова******М.П.***  | Родитель: мать, отец (законный представитель).Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспортные данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место работы, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись |

**Согласие родителей (законных представителей) на обработку персональных данных ребенка**

Я,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий (-ая) по адресу:

даю согласие на обработку следующих персональных данных моего ребенка,

(фамилия, имя, отчество ребенка)

(дата рождения, пол, данные свидетельства о рождении, паспортные данные, адрес регистрации, адрес фактического проживания, домашний телефон, данные медицинского полиса, группа здоровья, социальный статус ребенка (полная или неполная семья, опекунство и т.п.))

Соглашаюсь на выполнение следующих действий с моими персональными данными: **сбор, хранение, автоматизированная обработка и обработка без использования средств автоматизации.**

Согласие действительно с даты его заполнения. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент на основании заявления родителей (законных представителей), поданного на имя генерального директора БУЗ ОО «ДС «Орловчанка».

Подпись родителя (законных представителей): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Ф.И.О.)

Дата заполнения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

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

**Разрешение на использования видео и фото ребенка**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_предоставляю полное право публиковать фотографии и видео моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

на которых он (она) изображен(а), полностью или фрагментарно. А также предоставляю полное и абсолютное право использовать фотографии и видео с его (ее) изображением на официальном сайте БУЗ ОО «Орловчанка» Официальных группа, создаваемых в социальных сетях, методических объединениях, семинарах, конференциях или в других педагогических целях, не противоречащих действующему законодательству.

Я подтверждаю, что не буду оспаривать авторские и имущественные права на эти фотографии и видео.

Настоящим я удостоверяю, что являюсь родителем ребенка и имею полное право заключить настоящее соглашение. Я подтверждаю, что полностью ознакомлен(а) с вышеупомянутым разрешением

Администрация БУЗ ОО «ДС «Орловчанка» не несет ответственности за фото- и видеосъемку , сделанную детьми, родителями и иными 3-ми лицами и за последствия, связанные с их опубликованием в сети Интернет.

Подпись родителей (законных представителей): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Ф.И.О.)

Дата заполнения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

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

С правилами поведения отдыхающих в БУЗ Орловской области "ДС "ОРЛОВЧАНКА" филиале СОЛ «Мечта» и списком продуктов и напитков, запрещенных для передачи детям в БУЗ Орловской области «ДС «Орловчанка» филиале СОЛ «Мечта» ознакомлен и согласен

Подпись родителей (законных представителей): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Ф.И.О.)

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Дата заполнения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

(Приложение №2 к приказу Департамента здравоохранения и

социального развития Орловской области от 31.07.2012 № 587)

Информированное добровольное согласие на перечень определенных

видов медицинских вмешательств, в рамках медико-санитарной помощи

Перечень определенных видов медицинских вмешательств в отношении ребенка, на которые

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь матерью, отцом (законным представителем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю информированное добровольное согласие:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

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. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

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

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

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись родителей (законных представителей):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (Ф.И.О.)Дата заполнения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. | Подпись медицинского работникаС «Орловчанка» |