

СПИСОК

документов на заселение в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный»

При заезде необходимо иметь при себе следующий пакет документов:

- копию или оригинал паспорта;
- копию или оригинал полиса;
- согласие родителей на участие (Приложение 1 к списку);
- Справку об эпидемиологическом окружении;
- Регистрационную карточку (Приложение 2 к списку);
- Согласие на обработку персональных данных (Приложение 3 к списку – для несовершеннолетних, Приложение 4 к списку – для совершеннолетних);
- Согласие на медицинское вмешательство (Приложение 5 к списку – для несовершеннолетних, Приложение 6 к списку – для совершеннолетних).

Приложение 1 к списку

**Согласие родителей (законных представителей)
на участие несовершеннолетнего в мероприятии**

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя / законного представителя полностью)

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
_____ « _____ » _____ г., являясь родителем / законным представителем
(нужное подчеркнуть)

_____, _____ г.р.,
(Ф.И.О. несовершеннолетнего полностью)

на основании свидетельства о рождении (паспорта для достигших 14-летнего возраста) серия _____ номер _____, выдан(о) _____
_____ « _____ » _____ г.

зарегистрированный по адресу: _____

добровольно соглашаюсь на участие моего несовершеннолетнего (опекаемого) в смене для молодежных общественных объединений и молодежи Ленинградской области по направлениям реализации государственной молодежной политики: молодежного политического актива Ленинградской области (далее – мероприятие), проводимого ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» (далее – организатор) на территории учреждения по адресу: Ленинградская область, Всеволожский район, д. Кошкино, зд. 1 с « _____ » _____ 20 ____ г. по « _____ » _____ 20 ____ г., и при этом:

1. Я осознаю, что участие моего несовершеннолетнего (опекаемого) в данном виде мероприятий, при наличии у моего ребёнка (опекаемого) противопоказаний врачей, наличия хронических заболеваний, которые могут привести к негативным последствиям для его здоровья и жизни.

2. Я подтверждаю, что мой несовершеннолетний (опекаемый) имеет необходимый допуск врачей для участия в мероприятии.

3. Если во время мероприятия с ребёнком (опекаемым) произойдет (несчастный случай), прошу сообщить _____ об _____ этом: _____.

(Ф.И.О. и номер телефона)

4. Я 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, родителем/законным представителем которого я являюсь, в медпункте ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» медицинскими работниками.

5. Я обязуюсь, что я и мой ребёнок (опекаемый) будем следовать всем требованиям организаторов мероприятия, связанным с вопросами безопасности и условиями допуска к мероприятию.

6. Я подтверждаю, что я и мой ребёнок (опекаемый) с Положением о проведении мероприятия ознакомлены.

7. Я даю согласие на фото и видео съемку, использование фото и видео материалов, выступлений с участием моего ребёнка (опекаемого) и интервью с ним и/или со мной может быть записано и показано в средствах массовой информации, а также записано и показано в целях рекламы без ограничений по времени и формату; я отказываюсь от компенсации в отношении этих материалов.

8. Я подтверждаю, что решение об участии моего ребёнка (опекаемого) принято мной осознанно без какого-либо принуждения, в состоянии полной дееспособности.

9. На основании Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и п. 1, ст. 64 Семейного кодекса РФ, даю своё согласие ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» на обработку персональных данных несовершеннолетнего.

(подпись)

(расшифровка)

(дата)

ГБУ ЛО «Центр «Молодежный»

РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТОЧКА

1. ФИО _____	
2. Дата рождения _____	
3. Адрес регистрации _____	
4. Паспорт серия _____ № _____ выдан _____	
_____ « ____ » _____ 20 ____ г.	
5. Цель приезда: <u>смена «Лидер»</u>	
6. Дата приезда: « ____ » _____ 2026 г. Дата отъезда: « ____ » _____ 2026 г.	
7. Место учебы / работы _____	
8. Контактный телефон _____	
9. Контактный номер телефона родителя, законного представителя: _____	
10. Статус руководитель, <u>участник</u> , волонтер, организатор, вожатый, эксперт <i>(нужное подчеркнуть)</i>	
Личная подпись _____	
Заполняется администратором ГБУ ЛО «Центр «Молодежный»	
Заселен в корпус № _____, комната № _____	Подпись _____

Я, _____

Ознакомлен с Правилами проживания в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный», с правилами противопожарной безопасности, распорядком дня и обязуюсь их соблюдать.

Согласен, что возможный ущерб, нанесенный имуществу ГБУ ЛО «Центр «Молодежный», возмещается на месте в полном объеме. Ущерб рассчитывается администрацией Центра в соответствии с прейскурантом на возмещение ущерба за поврежденное и утерянное имущество.

Согласен, что при нарушении мною настоящих правил администрация Центра вправе в любой момент отказать в предоставлении услуг без возврата внесенной предоплаты.

Не возражаю против обработки в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный», моих персональных данных (ФИО, даты рождения, адрес прописки, паспортные данные, место работы/учебы, контактный телефон, личная подпись) с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

Обязуюсь в период заезда территорию ГБУ «Центр «Молодежный» не покидать. (Постановление главного государственного санитарного врача от 24 марта 2021 г. № 10 п. 2).

Подпись

Дата

Приложение 3 к списку

Руководителю государственного бюджетного
учреждения Ленинградской области
«Многофункциональный центр «Молодежный»
Сычевой С.М.

от _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ – СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных Участника программы

В соответствии с федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»

Я, _____
(ФИО родителя/ законного представителя)
серия _____ № _____ выдан _____
(документ удостоверяющий личность) (дата выдачи)

_____ (кем выдан)

Являясь родителем/ законным представителем

_____ (ФИО несовершеннолетнего)

даю свое согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего и своих персональных данных в документарной и электронной форме в целях участия в проекте «Лидер», на территории ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» и Ленинградской области, автоматизированным и неавтоматизированным способом, которые отмечу знаком «V» в столбце «ДА» в нижеприведенной таблице.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных и данных несовершеннолетнего, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что получатель сведений гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Настоящее согласие действительно с даты подписания до даты отзыва.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

Персональные данные ребенка	ДА	Персональные данные родителя (законного представителя)	ДА
Фамилия, Имя, Отчество		Фамилия, Имя, Отчество	
Класс		Родственное отношение	
Пол		Дата рождения	
Дата рождения		Паспортные данные	
Данные паспорта		Телефон мобильный	
Адрес регистрации			
Телефон мобильный			

В случае необходимости отозвать свое согласие, обязуюсь сообщить об этом в письменной форме.

_____/_____/_____
подпись расшифровка подписи дата

Приложение 4 к списку

Руководителю государственного бюджетного
учреждения Ленинградской области
«Многофункциональный центр «Молодежный»
Сычевой С.М.

от _____
(фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВЛЕНИЕ – СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных Участника программы

В соответствии с федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»
Я, _____

(ФИО)

_____ серия _____ № _____ выдан _____
(документ удостоверяющий личность) (дата выдачи)

_____ (кем выдан)

даю свое согласие на обработку своих персональных данных в документарной и электронной форме в целях участия в проекте «Перезагрузка молодежных советов», на территории ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» и Ленинградской области, автоматизированным и неавтоматизированным способом, которые отмечу знаком «V» в столбце «ДА» в нижеприведенной таблице.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что получатель сведений гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Настоящее согласие действительно с даты подписания до даты отзыва.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

Персональные данные	ДА
Фамилия, Имя, Отчество	
Пол	
Дата рождения	
Данные паспорта	
Адрес регистрации	
Телефон мобильный	

В случае необходимости отозвать свое согласие, обязуюсь сообщить об этом в письменной форме.

_____/_____/_____
подпись расшифровка подписи дата

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ УЧАСТНИКА В ГБУ ЛО «ЦЕНТР «МОЛОДЕЖНЫЙ»**

Я, _____, тел: _____,
Ф.И.О. законного представителя Участника контактный телефон

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

_____ адрес регистрации законного представителя Участника

проживающий(ая) по адресу: _____

_____ адрес проживания законного представителя Участника

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего:

_____ Ф.И.О. Участника, дата рождения

1. Сообщаю и подтверждаю достоверность и действительность данных о состоянии здоровья Участника, представленных в Приложении №1 к настоящему согласию.

2. Гарантирую, что Участник в момент начала оказания услуг не страдает заболеваниями и не имеет медицинских противопоказаний для пребывания в организациях отдыха, оздоровления, дополнительного образования детей и взрослых, в том числе:

- соматические заболевания в острой и подострой стадии, хронические заболевания в стадии обострения, в стадии декомпенсации;
- инфекционные и паразитарные болезни, в том числе с поражением глаз и кожи, инфестации (педикулез, чесотка) – в период до окончания срока изоляции;
- установленный диагноз «бактерионосительство возбудителей кишечных инфекций, дифтерии»;
- активный туберкулез любой локализации;
- наличие контакта с инфекционными больными в течение 21 календарного дня перед заездом в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» (в т.ч. по Covid-19);
- отсутствие профилактических прививок в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- злокачественные новообразования, требующие лечения, в том числе проведения химиотерапии;
- эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению;
- эпилепсия с медикаментозной ремиссией менее 1 года;
- кахексия;
- психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ, а также иные психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения и (или) представляющие опасность для больного и окружающих;
- хронические заболеваниями, требующие соблюдения назначенного лечащим врачом режима лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания).

3. Я проинформирован(а) о том, что в случае выявления признаков заболевания, подтвержденных квалифицированным медицинским персоналом, администрация вправе требовать от Участника, законных представителей Участника, обеспечить отъезд Участника из организации в день, когда были выявлены признаки заболевания. Я соглашаюсь с требованием обеспечения отъезда Участника в день выявления признаков заболевания и в день, когда об этом стало известно законному представителю посредством телефонного звонка, SMS-сообщения или сообщения посредством мессенджера (в т.ч. МАХ, Telegram). Я проинформирован(а) о том, что в случае невыполнения требования по обеспечению отъезда Участника администрация оставляет за собой право на госпитализацию Участника в ближайшую медицинскую организацию/учреждение здравоохранения.

4. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», настоящим даю ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство 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, утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 №390н (далее – «**Виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень**»), для получения первичной медико-санитарной помощи Участником в период пребывания в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный».

5. Медицинским работником ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» и/или работником медицинской организации, с которой у ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» имеется договор об оказании медицинских услуг, 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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», путем оформления отдельного собственноручно оформленного мною отказа с исключением ответственности ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» за последствия такого отказа.

6. Настоящим я даю согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр кожных покровов и видимых слизистых, волосистой части головы, измерение температуры тела в день заезда в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный»;
- осмотр кожных покровов и видимых слизистых, волосистой части головы – 1 раз в 7 дней и за 1 – 3 дня до окончания пребывания в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный»;
- осмотр, в том числе пальпация, аускультация, в случае жалоб, получения травмы, признаках заболевания, отравления и пр.;
- оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной форме и неотложной форме в амбулаторных условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, в т.ч. осуществление нижеперечисленных видов медицинских вмешательств, и/или транспортировка Участника в медицинскую организацию/учреждение здравоохранения (с соблюдением условия об уведомлении законного представителя);
- оказание доврачебной медицинской помощи, в т. ч. осуществление нижеперечисленных видов медицинских вмешательств;
- оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в т. ч. осуществление нижеперечисленных видов медицинских вмешательств;
- антропометрические исследования (измерение роста и веса);
- раздача лекарственных препаратов для медицинского применения с ведением листа назначений Участнику, нуждающемуся в соблюдении режима лечения по назначению лечащего врача;
- введение лекарственных препаратов по назначению лечащего врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно;
- промывание желудка;
- очистительная и лечебная клизма;
- обработка ран и наложение повязок, швов;
- термометрия, тонометрия;
- госпитализация Участника по медицинским показаниям в медицинскую организацию/учреждение здравоохранения, находящиеся за пределами ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» (с соблюдением условия об уведомлении законного представителя);
- при несчастных случаях – оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка Участника в медицинскую организацию.

7. Я уведомлен(а) о том, что при оказании Участнику неотложной и скорой медицинской помощи в другой медицинской организации, имеющей для этого соответствующую медицинскую лицензию, я буду информирован(а) по вышеуказанному номеру телефона.

8. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни Участнику решение об объеме и виде медицинского вмешательства принимают медицинские работники.

В случае моего отсутствия уполномочиваю представителей ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» присутствовать при оказании медицинской помощи Участнику.

9. Данное согласие действует в период проведения мероприятия в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» с _____ по _____ 20__ г.

10. Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по собственной воле и в интересах своих/Участника.

« ____ » _____ 2026 г.

Ф.И.О. и подпись участника/законного
представителя Участника

**Приложение №1 к информированному добровольному согласию
на медицинское вмешательство в период пребывания Участника в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный»**

МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

- хронические заболевания: _____
 - диабет: _____
 - эпилепсия (наличие эпилептических припадков) _____
 - энурез _____
 - переносимость прямого солнечного света _____
 - аллергические реакции (если были, указать, когда – даже единичный случай, начиная с рождения, аллерген(ы), аллергические проявления, рекомендуемые лечащим врачом лекарственные средства для снятия симптомов аллергии) _____
 - аллергические реакции на лекарственные препараты (указать, на какие) _____
-
- аллергические реакции на пищевые продукты (указать, на какие) _____
-
- реакция на укусы насекомых _____
 - укачивает ли в транспорте _____
 - с какими заболеваниями лежал в больнице (указать, когда) _____
-
- операции (если были, указать, какие и когда) _____
 - переломы (если были, указать, какие и когда) _____
 - сотрясения мозга (если были, указать, какой степени и когда) _____
 - необходимость в приеме лекарственных средств и иных препаратов, необходимых Участнику (если есть, указать, какие) _____
 - дополнительные сведения об Участнике, его состоянии здоровья, медицинских противопоказаниях, особенностях _____
-

Я подтверждаю, что на момент заезда в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный», данные о состоянии здоровья Участника, изложенные в Приложении к информированному добровольному согласию на медицинское вмешательство в период пребывания Участника в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный», достоверны и действительны

« ____ » _____ 2026 г.

Ф.И.О. и подпись участника/законного
представителя Участника

Приложение 6 к списку

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ УЧАСТНИКА В ГБУ ЛО «ЦЕНТР «МОЛОДЕЖНЫЙ»

Я, _____, тел: _____,
Ф.И.О. Участника контактный телефон

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

_____ адрес регистрации Участника

проживающий(ая) по адресу: _____

_____ адрес проживания Участника

1. Сообщаю и подтверждаю достоверность и действительность данных о состоянии своего здоровья, представленных в Приложении №1 к настоящему согласию.

2. Гарантирую, что в момент начала оказания услуг не страдаю заболеваниями и не имею медицинских противопоказаний для пребывания в организациях отдыха, оздоровления, дополнительного образования детей и взрослых, в том числе:

- соматические заболевания в острой и подострой стадии, хронические заболевания в стадии обострения, в стадии декомпенсации;
- инфекционные и паразитарные болезни, в том числе с поражением глаз и кожи, инфекации (педикулез, чесотка) – в период до окончания срока изоляции;
- установленный диагноз «бактерионосительство возбудителей кишечных инфекций, дифтерии»;
- активный туберкулез любой локализации;
- наличие контакта с инфекционными больными в течение 21 календарного дня перед заездом в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» (в т.ч. по Covid-19);
- отсутствие профилактических прививок в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- злокачественные новообразования, требующие лечения, в том числе проведения химиотерапии;
- эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению;
- эпилепсия с медикаментозной ремиссией менее 1 года;
- кахексия;
- психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ, а также иные психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения и (или) представляющие опасность для больного и окружающих;
- хронические заболеваниями, требующие соблюдения назначенного лечащим врачом режима лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания).

3. Я проинформирован(а) о том, что в случае выявления признаков заболевания, подтвержденных квалифицированным медицинским персоналом, администрация вправе требовать от Участника, законных представителей Участника, обеспечить отъезд Участника из организации в день, когда были выявлены признаки заболевания и в день, когда об этом стало известно законному представителю посредством телефонного звонка, SMS-сообщения или сообщения посредством мессенджера (в т.ч. MAX, Telegram). Я проинформирован(а) о том, что в случае невыполнения требования по обеспечению отъезда Участника администрация оставляет за собой право на госпитализацию Участника в ближайшую медицинскую организацию/учреждение здравоохранения.

4. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», настоящим даю ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство 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, утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 №390н (далее – «Виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень»), для получения первичной медико-санитарной помощи Участником в период пребывания в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный».

5. Медицинским работником ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» и/или работником медицинской организации, с которой у ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» имеется договор об оказании медицинских услуг, 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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», путем оформления отдельного собственноручно оформленного мною отказа с исключением ответственности ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» за последствия такого отказа.

6. Настоящим я даю согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр кожных покровов и видимых слизистых, волосистой части головы, измерение температуры тела в день заезда в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный»;
- осмотр кожных покровов и видимых слизистых, волосистой части головы – 1 раз в 7 дней и за 1 – 3 дня до окончания пребывания в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный»;
- осмотр, в том числе пальпация, аускультация, в случае жалоб, получения травмы, признаках заболевания, отравления и пр.;
- оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной форме и неотложной форме в амбулаторных условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, в т.ч. осуществление нижеперечисленных видов медицинских вмешательств, и/или транспортировка Участника в медицинскую организацию/учреждение здравоохранения (с соблюдением условия об уведомлении законного представителя);
- оказание доврачебной медицинской помощи, в т. ч. осуществление нижеперечисленных видов медицинских вмешательств;
- оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в т. ч. осуществление нижеперечисленных видов медицинских вмешательств;
- антропометрические исследования (измерение роста и веса);
- раздача лекарственных препаратов для медицинского применения с ведением листа назначений Участнику, нуждающемуся в соблюдении режима лечения по назначению лечащего врача;
- введение лекарственных препаратов по назначению лечащего врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно;
- промывание желудка;
- очистительная и лечебная клизма;
- обработка ран и наложение повязок, швов;
- термометрия, тонометрия;
- госпитализация Участника по медицинским показаниям в медицинскую организацию/учреждение здравоохранения, находящиеся за пределами ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» (с соблюдением условия об уведомлении законного представителя);
- при несчастных случаях – оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка Участника в медицинскую организацию.

7. Я уведомлен(а) о том, что при оказании Участнику неотложной и скорой медицинской помощи в другой медицинской организации, имеющей для этого соответствующую медицинскую лицензию, я буду информирован(а) по вышеуказанному номеру телефона.

8. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни Участнику решение об объеме и виде медицинского вмешательства принимают медицинские работники.

В случае моего отсутствия уполномочиваю представителей ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» присутствовать при оказании медицинской помощи Участнику.

9. Данное согласие действует в период проведения мероприятия в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный» с _____ по _____ 20__ г.

10. Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« ____ » _____ 2026 г.

Ф.И.О. и подпись участника/законного
представителя Участника

**Приложение №1 к информированному добровольному согласию
на медицинское вмешательство в период пребывания Участника в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный»**

МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

- хронические заболевания: _____
- диабет: _____
- эпилепсия (наличие эпилептических припадков) _____
- энурез _____
- переносимость прямого солнечного света _____
- аллергические реакции (если были, указать, когда – даже единичный случай, начиная с рождения, аллерген(ы), аллергические проявления, рекомендуемые лечащим врачом лекарственные средства для снятия симптомов аллергии) _____
- аллергические реакции на лекарственные препараты (указать, на какие) _____

-
- аллергические реакции на пищевые продукты (указать, на какие) _____

-
- реакция на укусы насекомых _____
 - укачивает ли в транспорте _____
 - с какими заболеваниями лежал в больнице (указать, когда) _____

-
- операции (если были, указать, какие и когда) _____
 - переломы (если были, указать, какие и когда) _____
 - сотрясения мозга (если были, указать, какой степени и когда) _____
 - необходимость в приеме лекарственных средств и иных препаратов, необходимых Участнику (если есть, указать, какие) _____
 - дополнительные сведения об Участнике, его состоянии здоровья, медицинских противопоказаниях, особенностях _____
-

Я подтверждаю, что на момент заезда в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный», данные о состоянии моего здоровья, изложенные в Приложении к информированному добровольному согласию на медицинское вмешательство в период пребывания Участника в ГБУ ЛО «Центр «Молодежный», достоверны и действительны

« ____ » _____ 2026 г.

Ф.И.О. и подпись участника