Директору ГБУ ДО РО «Ступени успеха»

Е.А. Ворониной

Законного представителя ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Заявление**

**о зачислении ребенка на интенсивную образовательную программу (профильную смену)**

**по направлению «Наука»**

**Профиль: «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»/ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»** (нужное подчеркнуть)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

прошу зачислить моего сына/ мою дочь

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

(Ф.И.О. полностью)

учащегося(юся) \_\_\_\_\_\_\_\_ класса, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование образовательной организации)

На интенсивную образовательную программу (профильную смену) ГБУ ДО РО «Ступени успеха» для обучения с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Программы интенсивной образовательной программы (профильной смены):

1. Дополнительная общеразвивающая образовательная программа по направлению «Наука».
2. «Командообразование».
3. «Физическое развитие и здоровьесбережение».
4. «Ступени успеха (междисциплинарный курс)».

**Обязуюсь довести до сведения своего ребенка,** что выполнение Правил пребывания на территории ГБУ ДО РО «Ступени успеха», в том числе Правил внутреннего распорядка лиц, принятых на обучение, обязательно.

**Информирую:**

Изучаемый ребенком иностранный язык \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мой ребенок (нужно отметить): умеет плавать не умеет плавать

Рекомендации руководителю группы и врачу:

1. Ребенку нельзя применять следующие лекарственные препараты:

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

1. Ребенку нельзя употреблять в пищу следующие продукты питания:

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

1. Есть ли противопоказания к занятиям спортом?

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

Другие пожелания:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Электронный адрес (e-mail) и телефон для срочной связи:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**С правилами пребывания на территории ГБУ ДО РО «Ступени успеха», в том числе Правилами внутреннего распорядка лиц, принятых на обучение, ознакомлен(а).**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**ДОГОВОР**

**на оказание образовательных услуг в сфере дополнительного образования**

г. Ростов-на-Дону

Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования Ростовской области «Региональный центр выявления и поддержки одаренных детей «Ступени успеха» (ГБУ ДО РО «Ступени успеха») на основании лицензии серия 61Л01 № 0004580, регистрационный № 6888 от «05» февраля 2019 года, выданной региональной службой по надзору и контролю в сфере образования Ростовской области, в лице директора Ворониной Елизаветы Анатольевны, действующего на основании Устава, (далее «Исполнитель»), с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Заказчик-родитель), и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Потребитель-ребенок), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**
   1. Исполнитель предоставляет услугу по дополнительной общеразвивающей образовательной программе олимпиадной подготовки, Заказчик принимает, а Потребитель обучается в ГБУ ДО РО «Ступени успеха» по дополнительной общеразвивающей образовательной программе по направлению «Наука» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Форма обучения – очно-заочная с применением дистанционных технологий.
2. **Права Исполнителя, Заказчика, Потребителя.**
   1. Исполнитель самостоятельно осуществляет образовательный процесс, в пределах, предусмотренных Уставом Исполнителя, а также в соответствии с локальными нормативными актами Исполнителя.
   2. Заказчик вправе требовать от Исполнителя предоставления информации по вопросам организации и обеспечения надлежащего исполнения услуг, предусмотренных разделом 1 настоящего Договора.
   3. Потребитель вправе получать полную и достоверную информацию об уровне своих знаний, умений и навыков.
3. **Обязанности Исполнителя**
   1. Оказать услугу Потребителю, в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора.
4. **Обязанности Заказчика**
   1. Предоставить все необходимые документы для зачисления Потребителя в ГБУ ДО РО «Ступени успеха».
   2. Возмещать убытки, нанесенные Потребителем в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя, в соответствии с законодательством Российской Федерации.
   3. Обеспечить Потребителю высокоскоростной бесперебойный доступ в интернет, наличие электронной почты и персонального компьютера.
5. **Обязанности Потребителя**
   1. Выполнять задания по подготовке к занятиям согласно требованиям образовательной программы.
   2. Соблюдать требования Устава Исполнителя и иных локально-нормативных актов, соблюдать учебную дисциплину и общепринятые нормы поведения.
   3. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.
   4. Сохранять логин и пароль для доступа в личный кабинет в тайне.
6. **Основания изменения и расторжения Договора**
   1. Условия, на которых заключен настоящий Договор, могут быть изменены либо по соглашению сторон, либо в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
   2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.
   3. Потребитель вправе в любое время расторгнуть настоящий Договор только с письменного согласия Заказчика.
   4. Исполнитель вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке по причине:

- завершения Потребителем полного курса обучения, предусмотренного программой;

- при условии непосещения Потребителем более 30 % учебных занятий без уважительной причины в течении месяца;

- за совершение Потребителем противоправных действий, грубые нарушения Устава и локально-нормативных актов ГБУ ДО РО «Ступени успеха».

1. **Ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору**
   1. Потребитель несет ответственность за передачу логина, пароля третьим лицам, доступ в систему обучения под его именем третьих лиц и т.д.
   2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения сторонами обязательств по настоящему Договору они несут ответственность, в соответствии с действующим Законодательством РФ.
2. **Срок действия Договора и другие условия**
   1. Настоящий Договор вступает в силу со дня его заключения Сторонами.
   2. Окончание срока действия договора определяется сроком окончания реализации образовательной программы, или в соответствии с пунктом 6.4 настоящего Договора, если иное не предусмотрено законодательством РФ.
   3. Окончание срока действия договора влечет прекращение обязательств сторон по договору.
   4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: | Заказчик – родитель (законный представитель): | Потребитель - ребенок: |
| ГБУ ДО РО «Ступени успеха»  ИНН 6161040076  Тел/факс 8(863)240-70-02  / Е.А. Воронина | Ф.И.О. (полностью)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*подпись*) | Ф.И.О. (полностью)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* |

Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Директору ГБУ ДО РО «Ступени успеха»

Е.А. Ворониной

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

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

Паспортные данные:

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

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

Адрес проживания:

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

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

Контактный телефон:

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

**Заявление**

**на выезд обучающихся за территорию ГБУ ДО РО «Ступени успеха»**

**без сопровождения**

(для лиц старше 10 лет при проезде на междугороднем и железнодорожном транспорте)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, статус заявителя)

Прошу Вас разрешить выезд без сопровождения за территорию ГБУ ДО РО «Ступени успеха» ребёнка:

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

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

(Ф.И.О. полностью, направление подготовки, возраст)

Окончание смены

Досрочного выезда (указать причину досрочного выезда)

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

С \_\_\_:\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. (дата и время выезда за территорию ГБУ ДО РО «Ступени успеха») несу полную ответственность за жизнь и здоровье ребёнка (детей).

Документы на руки получил (заполняется при отъезде ребенка)

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

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

(Ф.И.О., подпись ребенка, дата)

Документы, подтверждающие статус заявителя, прилагаю.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) Ф.И.О.

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ**

**(ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**Принятие настоящих условий пребывания и участия ребенка в интенсивной образовательной программе (профильной смене) означает согласие родителей (законных представителей) ребенка**

(ФИО несовершеннолетнего)

**с нижеследующим**

Я ознакомился с **Правилами пребывания на территории государственного бюджетного учреждения дополнительного образования Ростовской области «Региональный центр выявления и поддержки одаренных детей «Ступени успеха» (далее - Центр), в том числе с Правилами внутреннего распорядка лиц, принятых на обучение в Центр** 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, исполнение законных требований администрации, педагогов и службы административно-хозяйственного отдела. Даю согласие на проведение инструктажа ребенка в Центре по правилам, соблюдение которых обеспечивает безопасность и надлежащий режим проведения интенсивной образовательной программы (профильная смена).

Я сообщаю, 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 ребенка: 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 значительного ущерба имуществу Центра, за курение и употребление любого вида табака и никотин-содержащих продуктов, электронных сигарет и иных веществ (смесей, снюсов и т.п.), употребление наркотических средств, психотропных веществ, алкогольных и спиртосодержащих напитков, в том числе пива. В случае решения Центра о досрочном прекращении пребывания ребенка по одной из вышеуказанных причин, я обязуюсь прибыть в место нахождения ребёнка в тот же день и возвратить его к месту жительства.

При наличии подозрения на употребление ребенком алкогольных и спиртосодержащих напитков, наркотических средств, психотропных веществ, неадекватного поведения ребенка, администрация Центра оставляет за собой право направить ребенка на консультацию нарколога и психиатра, на прохождение тестирования на наличие или отсутствие указанных веществ в организме. О времени и месте проведения указанных мероприятий, а также о результатах тестирования, заключениях специалистов, родители уведомляются администрацией Центра в течение суток.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) с тем, что ребенок (в лице своих родителей и/или законных представителей) несет юридическую, материальную ответственность за нарушение **Правил пребывания на территории Центра, в том числе Правил внутреннего распорядка лиц, принятых на обучение в Центр**, и причинение ущерба имуществу Центра. Я обязуюсь полностью возместить материальный ущерб, нанесенный моим ребенком имуществу Центра за период пребывания в нём, и не предъявлять претензий при досрочном возвращении моего ребенка домой.

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 обучающихся в ГБУ ДО РО «Ступени успеха», не допускается участие обучающихся (школьников) в отдельных мероприятиях или части интенсивной образовательной программы: исключены заезды и выезды обучающихся (школьников) вне сроков, установленных Центром.

Я согласен(а) с участием ребенка в образовательных, спортивных, туристских и иных мероприятиях, проводимых Центром в рамках программы.

Я согласен(а) на участие ребенка в концертах, фестивалях, выставках и иных видах культурно- массовых публичных мероприятий творческого характера.

Я согласен(а) на участие ребенка в интервью, фото и видеосъемке, а также редактировании и использования полученных фотографий и видеозаписей в некоммерческих целях, включая печатную продукцию, размещение в сети Интернет и других средствах массовой информации.

Я даю согласие на использование Центром фотографий, видеоматериалов, постов, созданных моим ребенком в процессе обучения в ГБУ ДО РО «Ступени успеха» и по его завершению, размещенных в социальных сетях Вконтакте, Facebook, Instagram и пр. При этом неисключительное право на использование данных материалов (с правом переработки) безвозмездно переходят к ГБУ ДО РО «Ступени успеха».

Я согласен(а) 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(а) на возможное ограничение доступа ребенка в использовании мобильных устройств и средств доступа к сети Интернет в период проведения занятий.

Я понимаю и осознаю, что некоторые виды деятельности, осуществляемые в Центре, например, такие как плавание, 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 осведомлен, что дети, поступающие на интенсивную образовательную программу (профильную смену) должны иметь 1 или 2 группу здоровья.

Я даю согласие на комплектацию учебно-методического фонда Центра работами моего ребенка, созданными в процессе обучения, их использование в учебно-образовательных целях, выставочной деятельности, воспроизведение изображения в печатной продукции (методические материалы, каталоги, буклеты) и прочее. При этом право собственности и неисключительное право на использование данных работ безвозмездно переходят к ГБУ ДО РО «Ступени успеха».

**Я согласен(а) с перечнем документов, предоставляемых в Центр для использования и обработки персональных данных, указанном в информационном письме ГБУ ДО РО «Ступени успеха»:**

Медицинские документы:

1.1. Медицинская карта (форма №079у).

1.2. Справка для посещения бассейна (Форма № 083/4-89).

1.3. Справка о санитарно-эпидемиологическом окружении.

1.4. Справка о санации полости рта.

1.5. Копия медицинского страхового полиса ребенка (ОМС).

2. Заявление родителей (законных представителей) на зачисление ребенка на интенсивную образовательную программу (профильная смена).

3. Договор на оказание образовательных услуг в сфере дополнительного образования.

4. Копии паспортов родителей (законных представителей) первой страницы и прописки (если являются опекунами, то подтверждающий документ).

5. Сводное согласие родителей (законных представителей) с условиями пребывания ребенка на интенсивной профильной смене.

6. Копия паспорта ребенка (для детей до 14 лет - свидетельство о рождении).

7. Заявление на выезд обучающихся за территорию ГБУ ДО РО «Ступени успеха» без.

8. Копия документа, заверенная образовательным учреждением, подтверждающего достижения приглашенного без вступительных испытаний обучающегося на региональном/заключительном этапах Всероссийской олимпиады школьников по физике и/или математике, или перечневых олимпиадах по физике и/или математике, утвержденных приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 28 августа 2018 года № 32н за 2018-2019 учебный год.

9. Справка из образовательного учреждения.

10. Характеристика из образовательного учреждения.

**Я даю свое согласие Центру и иным привлеченным для реализации образовательных программ лицам на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка** неавтоматизированным и автоматизированным способом, а также на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу иным лицам, в целях освоения моим ребенком образовательных программ Центра, в том числе в целях сопровождения и мониторинга его дальнейшего развития в течение неограниченного срока либо до направления соответствующего отзыва настоящего согласия.

Отзыв настоящего согласия осуществляется путем направления письма в отдел интенсивных образовательных программ обучающихся на почту  [stupeniuspeha@rostobr.ru.](mailto:ofs@talantiuspeh.ru)

Я даю свое согласие сотрудникам Центра и третьим лицам, привлеченным Центром для реализации образовательных программ, без дополнительного уведомления со стороны Центра об их привлечении, на обработку следующих персональных данных ребенка:

* фамилия, имя, отчество и дата рождения;
* реквизиты документа, удостоверяющего личность;
* страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
* полис ОМС (ДМС);
* данные о состоянии здоровья, заболеваниях;
* класс обучения;
* наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, в которой обучается ребенок;
* сведения о получении ребенком образования вне организации, осуществляющей образовательную деятельность (в форме семейного образования или самообразования);
* наименования образовательных программ, по которым обучается ребенок;
* сведения об обучении ребенка по индивидуальному учебному плану в организации, осуществляющей образовательную деятельность;
* сведения об индивидуальных достижениях ребенка по итогам участия в олимпиадах и иных интеллектуальных и (или) творческих конкурсах, мероприятиях, направленных на развитие интеллектуальных и творческих способностей, способностей к занятиям физической культурой и спортом, интереса к научной (научно-исследовательской), творческой, физкультурно-спортивной деятельности, а также на пропаганду научных знаний, творческих и спортивных достижений, подтвержденных соответствующими документами, выданными организаторами указанных мероприятий.
* адрес электронной почты (e-mail), номер телефона ребенка и родителей.

Я осведомлен(а) о случаях, требующих нотариального подтверждения в форме доверенности или согласия, возлагающего ответственность за жизнь и здоровье несовершеннолетнего ребенка на сопровождающего его педагога или ответственного сотрудника Центра. 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, информация обсуждена с ребенком, и я выражаю свое согласие с условиями пребывания и участия ребенка в интенсивной образовательной программе (профильной смене) ГБУ ДО РО «Ступени успеха», в период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.**

**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) |

***Внимание:*** *настоящий документ носит силу соглашения Сторон, является ответом на предложение Центра об участии в интенсивной образовательной программе (профильная смена) Центра. Подпись родителей (законных представителей) свидетельствует об ознакомлении и согласии с вышеизложенными обязательствами. В случае отсутствия указанной подписи администрация Центра оставляет за собой право отказать в приеме ребенка.*

*В случае отзыва настоящего согласия до момента зачисления ребенка на образовательные программы Центра, администрация Центра оставляет за собой право отказать в приеме ребенка.*

*В случае отзыва настоящего согласия в период пребывания ребенка на интенсивной образовательной программе (профильная программа) Центра, Центр вправе отчислить, начиная с даты, следующей за датой получения Центром отзыва настоящего согласия.*

Приложение № 1 - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Приложение № 2 – Инструктажи по технике безопасности.

Приложение № 1 к согласию родителей (законных представителей)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

|  |
| --- |
| Я, |
| (фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего) |
| Дата рождения |
| Проживающий по адресу: |
| Паспорт: |

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

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 15 лет)

подтверждаю, что в медицинской справке указаны **ВСЕ** заболевания, перенесенные ребенком, а также хронические заболевания и аллергии.

**Я обязуюсь в случае заболевания предоставить требуемые медицинские препараты.**

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 интенсивной образовательной программе (профильная смена) и должны быть известны сопровождающим и иным лицам, задействованным в программе.

Я даю согласие на представление уполномоченным сотрудником Центра 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 РФ», на медицинское вмешательство медицинским работникам ГБУ ДО «Ступени успеха» (далее – Центр) 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:

* анестезиологическое пособие;
* пункция суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств;
* закрытая репозиция при переломах;
* промывание желудка;
* очистительная и лечебная клизма;
* обработка ран и наложение повязок, швов;
* хирургическое лечение гнойно-некротических процессов;
* оказание гинекологической и урологической помощи;
* оказание психиатрической помощи;
* госпитализация детей по медицинским показаниям в медицинские учреждения, находящиеся за пределами территории Центра в г. Ростове-на-Дону.

Я доверяю медицинским работникам Центра выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

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 (форма отказа - приложение N 3 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н), 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, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего) | | |
| (дата) |  | (подпись) |