

Директору МАОУ «Гимназия №4» городского
округа г.Стерлитамак РБ
Шишкиной В.И.

от _____
(Ф.И.О. родителей)

ученика (цы) _____ класса _____

(Ф.И.О. ученика (цы))
проживающего (ей) по адресу:

Заявление

Просим зачислить моего (мою) сына (дочь) _____
ученика (цу) _____ класса _____

(название учреждения)

в лагерь дневного пребывания с 2-х или 3-х разовым питанием

(название лагеря)

на _____ месяц.

Домашний адрес, телефон (любой, с кем можно связаться: соседи, бабушка, др.)

Место работы родителей:

МАМА (Ф.И.О., место работы, телефон) _____

ПАПА (Ф.И.О., место работы, телефон) _____

С локальными актами ознакомлены и обязуемся выполнять

Дата _____

Подпись _____

Анкета для родителей детей, поступающих в ДОВО
(заполняется родителями)

1. Фамилия, имя ребенка _____
2. Возраст _____ лет, дата рождения _____ № школы _____ населенный пункт _____
3. Есть ли противопоказания для занятий спортом? _____
4. Как ребенок плавает ? не умеет / немного держится на воде / боится воды/ плавает / хорошо плавает (нужное обвести)
5. Есть ли у ребенка индивидуальная непереносимость продуктов питания, лекарств. Если да, то какие?

6. Часто ли ребенок болеет? Если да, то чем? _____
с какими заболеваниями стоит на диспансерном учете _____
есть ли заболевания, требующие постоянного приема лекарственных препаратов
(эpileпсия, наследственные заболевания и прочее?) Название препаратов

медицинаменты в лагерь брать запрещено, но если есть такая необходимость, то укажите подробно, что это за лекарство, как его принимать и не забудьте сдать при оформлении документов _____

наличие энуреза есть/ нет (нужное обвести) _____
какие хронические заболевания есть, возможно ли обострение? _____

были ли травмы (переломы, ушибы, сотрясения и т.п.) за последние полгода _____
подробнее о проблемах _____

7. Я, _____, несу ответственность за достоверность представленных сведений о состоянии ребенка. Подпись _____
8. Я, согласно ст.32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», даю информированное согласие на оказание медицинской помощи, на консультацию и госпитализации в территориальное ЛПУ ребенка при острых состояниях или обострении хронических состояний.
Подпись _____
9. Дополнительные сведения о ребенке, на что следует обратить внимание, как помочь

10. Экстренная связь. В таблице указывается домашний телефон родителей, а если будут отствовать дома, телефон ответственного лица (совершеннолетнее лицо, которому, в случае отсутствия родителей, доверяется решение значимых вопросов по ребенку)

ФИО _____

Контактные телефоны (домашний, рабочий, мобильный)	Домашний адрес (подробно)

Ф.И.О. полностью заполнившего анкету _____

Степень родства _____

Подпись _____ дата _____