**СОГЛАСИЕ**

на пребывание ребенка в ДОЛ «ПИОНЕР» в условиях ограничительных мероприятий при профилактике новой коронавирусной инфекции COVID-19

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)*

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

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

*(адрес места жительства гражданина (законного представителя несовершеннолетнего)*

действуя в интересах своего ребёнка (подопечного)

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проинформирован(а) сотрудником ООО «ДТЦ «ПИОНЕР» (ДОЛ «ПИОНЕР»)

 *(полное наименование организации, ФИО сотрудника организации)*

о мерах, требованиях, правилах пребывания моего ребенка в ДОЛ «ПИОНЕР» во время ограничительных мероприятий при профилактике COVID-19.

 В связи с чем, я выражаю свое согласие на нахождение моего ребенка в учреждении ДОЛ «ПИОНЕР», расположенного по адресу: **Ленинградская область, м.р-н Всеволожский, с.п. Куйвозовское, п. ж/д ст. Лемболово, з/у 1 ДОЛ «ПИОНЕР»**

 Мне разъяснено, что встречи с ребенком в период его нахождения в ДОЛ «ПИОНЕР»» проводиться не будут; родительские дни отменены.

 Мне разъяснено, что при заболевании ребенка с симптоматикой коронавирусной инфекции ДОЛ «ПИОНЕР» (ООО «ДТЦ «ПИОНЕР») гарантирует:

1. Информирование родителей (законных представителей)

2. Вызов СНМП (ОЗ)

3. В случае отягощения состояния, оказание неотложной медицинской помощи.

 В связи с чем, даю добровольное согласие в случае необходимости на проведение вышеперечисленных медицинских мероприятий.

 Работником организации мне разъяснено, что COVID-19 представляет опасность для окружающих, в связи с чем, при возможном контакте с больным, лица имеют высокий риск заражения, что особо опасно для людей старшего возраста, а также людей, страдающих хроническими заболеваниями.

 Я подтверждаю, что мой ребенок на момент отъезда в ДОЛ «ПИОНЕР» здоров и не получает медикаментозного лечения.

 Я предупрежден(а), что нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание, может повлечь привлечение к уголовной ответственности ([ст. 236](https://login.consultant.ru/link/?rnd=BC6A074BF5D54B19B9F107D0A02D4E47&req=doc&base=RZR&n=349294&dst=101574&fld=134&REFFIELD=134&REFDST=1000000542&REFDOC=351792&REFBASE=RZR&stat=refcode%3D16876%3Bdstident%3D101574%3Bindex%3D1093&date=18.05.2020) Уголовного кодекса РФ).

 Сотрудником организации мне объяснены общие рекомендации по защите от инфекций, передающихся воздушно-капельным и контактным путем.

  Я согласен на использование фото и видеоматериалов, содержащих изображение ребёнка, его имя и фамилию, исключительно в целях размещения на страницах официального сайта ДОК, в сети интернет, на информационных стендах ДОЛ «ПИОНЕР».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон)* |

|  |
| --- |
|  |
|  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон)* |
| "19" июля 2020 г. |