**ПРИЛОЖЕНИЕ №1**

к положению о проведении

12 сессии Гроссмейстерского Центра

в Сибирском Федеральном округе

при поддержке РШФ

Образец предварительной заявки:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Год рождения | Число, месяц рождения | Место учебы, класс | Номер удостоверения личности  (кем, когда выдан) | Территория | Домашний адрес, телефон родителя |
|  | Свиридов  Артем  Вадимович | 2004 | 05 июля | Средняя школа №12, 5 класс | I-ЛО № 331191выдано 09.07.1997 ОЗАГС  г. Анжеро-Судженска | Анжеро-Судженск | г. Анжеро-Судженск, ул. Челинская, 13-4,  т. 8-950-950-50-50 (мама) |
|  | Сметанина Надежда  Васильевна | 1999 | 10 июля | Средняя школа №12, 11 класс | 32 04 771360 выдан 02.11.2004 УВД  г Междуреченска | Междуреченск | г. Междуреченск,  ул. Комарова, 19-6  8-960-924-37-81 (мама) |

подаётся строго *до 21 декабря 2018г.*

*Шукану Александру Владимировичу (E-mail: alex\_sh\_*[*1981@mail.ru*](mailto:1981@mail.ru)*, тел. +8-951-164-31-73)*

**Перечень документов для участников ГЦ РФШ:**

1. Общая медицинская справка о состоянии здоровья детей с указанием имеющихся хронических заболеваний - форма 079-у

2. Наличие анализа на яйца глистов

3. Справка об отсутствие карантина

4. Копия сертификата о прививках

5. Копия страхового медицинского полиса

6. Копия свидетельства о рождении или паспорта.

7. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение №2)

**Перечень документов для руководителей делегаций:**

1. Медицинская книжка

2. Паспорт

3. Приказ на сопровождение детей

4. Инструкции для руководителей.

**Просим самое серьезное внимание обратить на наличие у детей медицинских документов. При отсутствии медицинских документов ребенок незамедлительно возвращается по месту жительства.**

Вышеперечисленные документы подаются 03.01.2019г с 10-00 до 12-00 в МАФСУ «СШ по шахматам им. Б.А. Кустова» (ул. Орджоникидзе, 23 тел. (3843) 45-36-98). - *Шукану Александру Владимировичу (E-mail: alex\_sh\_*[*1981@mail.ru*](mailto:1981@mail.ru)*, тел. +8-951-164-31-73)*

**Приложение N 2**

**к** приказу **Министерства здравоохранения**

**Российской Федерации**

**от 20 декабря 2012 г. N 1177н**

**Форма**

**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**

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

(Ф.И.О. гражданина)

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

(степень родства) (Ф.И.О. ребенка)

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

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](garantf1://70072996.1000) 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](garantf1://70072996.0) 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 / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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](garantf1://70072996.1000), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](garantf1://12091967.2009) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

    Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с [пунктом 5](garantf1://12091967.1953) части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о ~~состоянии моего здоровья или~~ состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)