

(название лагеря)

## Ребёнок

- Имя и фамилия: \_\_\_\_\_
- Дата рождения: \_\_\_\_\_
- Название медицинского страхования: \_\_\_\_\_
- Номер полиса: \_\_\_\_\_
- Имя родителя или законного представителя ребёнка: \_\_\_\_\_
- Детский врач / педиатр: \_\_\_\_\_
- Адрес практики: \_\_\_\_\_
- Номер телефона врача: \_\_\_\_\_

## Информация о здоровье

1. Имеются ли у вашего ребёнка какие-либо хронические заболевания или физические ограничения (например, астма, эпилепсия, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, ортопедические проблемы и т.д.)?

☐ Нет    ☐ Да, а именно:

[illegible]

2. Приймає чи ребе́нок регулярно ле́карства?

☐ Нет    ☐ Да, пожалуйста, заполните полностью:

[illegible]

3. Аллергия (например, пищевая, лекарственная, на укусы насекомых):

☐ Нет ☐ Да, расшифровать подробно на что конкретно есть  
аллергическая реакция

---

---

---

---

4. Есть ли какие-либо психологические или эмоциональные отклонения в поведении Вашего ребенка, о которых должны знать сотрудники медицинского кабинета?

☐ Нет ☐ Да, пожалуйста, объясните:

---

---

---

---

---

5. Есть ли какие-либо психологические или эмоциональные отклонения в поведении Вашего ребенка, о которых должны знать персонал летнего лагеря?

☐ Нет ☐ Да, пожалуйста, объясните:

---

---

---

---

---

6. Укажите детально лекарственные препараты, которые нельзя принимать Вашему ребенку:

---

---

---

---

---

7. Согласие на введение лекарств в экстренных случаях или по требованию

Я согласен/ я согласна /мы согласны с тем, что медицинский персонал (например, работник медицинского кабинета) может давать моему/нашему ребёнку соответствующие лекарства в экстренных случаях или по мере необходимости в соответствии с медицинскими рекомендациями или по их профессиональному суждению, включая, например:

- жаропонижающие средства
- Противоаллергические препараты
- Обезболивающие препараты
- Противовоспалительные препараты и т.д.

- Электролитные растворы, мази, дезинфицирующие средства

☐ Да, я согласен/ я согласна    ☐ Нет, я не согласен/ я не согласна

8. Контакт в экстренной медицинской ситуации

(1) Имя и фамилия: \_\_\_\_\_  
    телефонный номер: \_\_\_\_\_  
    Электронная почта: \_\_\_\_\_  
    Вацап: \_\_\_\_\_  
    Тееграмм: \_\_\_\_\_

(2) Имя и фамилия: \_\_\_\_\_  
    телефонный номер: \_\_\_\_\_  
    Электронная почта: \_\_\_\_\_  
    Вацап: \_\_\_\_\_  
    Тееграмм: \_\_\_\_\_

**Спортивная деятельность и плавание**

1. Может ли ребёнок безопасно плавать (не менее 15 минут без вспомогательных средств)?

☐ Да    ☐ Нет    ☐ Только с помощью плавательных средств

2. Существуют ли какие-либо спортивные мероприятия, в которых ребенку не разрешается участвовать по состоянию здоровья или по другим причинам (например, походы, скалолазание, спорт с мячом и т.д.)?

☐ Нет    ☐ Да, исключаются следующие виды спортивных мероприятий:

---

---

---

---

---

Я согласен/ я согласна /мы подтверждаем, что вышеуказанная информация является полной и соответствует моим/нашим знаниям. Я/мы обязуемся незамедлительно сообщать работникам, представителям Еврейской общины Хабад Берлин e.V. находящимся непосредственно на территории летнего лагеря о любых изменениях (например, о вновь назначенных лекарствах, острых заболеваниях).

Я согласен/ я согласна /мы подтверждаем, что ответственность за предоставление неполной, недостоверной или неточной информации о ребёнке несут его родители или иные законные представители.

Я разрешаю/ мы разрешаем в экстренном медицинском случае делиться необходимой информацией о состоянии здоровья и хронических заболеваний ребёнка с лечащим врачом на месте.

Место, дата: \_\_\_\_\_

---

Подпись родителя или законного представителя ребёнка