

			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
--	--	--	--

2.1. Какие из перечисленных в пункте 2 лекарства Вы передаёте с собой ребенку и в каком количестве:

Наименование лекарства	Дозировка лекарства	Количество лекарств переданных Вами ребенку

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 изменения в поведении Вашего ребенка, о которых должны знать **сотрудники медицинского кабинета**?

Нет Да, пожалуйста, объясните:

5. *Есть ли какие-либо психологические или эмоциональные изменения 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 прием ребенком лекарств в необходимых медицинских 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. Контакты в экстренной медицинской ситуации

(1) Имя и фамилия: _____
телефонный номер: _____
Электронная почта: _____
Вацап: _____
Телеграмм: _____

(2) Имя и фамилия: _____
телефонный номер: _____
Электронная почта: _____
Вацап: _____
Телеграмм: _____

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:

Заявление

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 е.В. 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/мы даем согласие на передачу данной медицинской формы и использование информации, отраженной в этой медицинской форме, медицинскому кабинету отеля «Top wave», управляемом MORE KITEN OOD (Болгария, 8183 Китен, ул. Лилиенштрассе 1; адрес отеля: Болгария, область Бургас, г. Китен, ул. Дельфин, 2, 8183; тел.: +359 899 422 081; e-mail: Krasimiralev@abv.bg; WhatsApp: +359 899 422 081), для оказания необходимой медицинской помощи нашему ребенку.

Я разрешаю/ мы разрешаем в экстренном случае, в необходимом медицинском случае делиться необходимой информацией о состоянии здоровья и хронических заболеваний нашего ребёнка с врачебным персоналом медицинских учреждений контактирующим с нашим ребенком при возникновении экстренного случая, необходимого медицинского случая.

Место, дата: _____

Подпись родителя или законного представителя ребёнка