

УТВЕРЖДЕН:  
приказом генерального директора  
краевого государственного авто-  
номного учреждения "Краевой мо-  
лодежный центр социального вос-  
питания и здоровья"  
от 01.11.2017 № 100/3

**ПОРЯДОК**  
приёма несовершеннолетних  
в центр социальной реабилитации подростков,  
склонных к девиантному поведению  
и употреблению психоактивных веществ  
краевого государственного автономного учреждения  
"Краевой молодежный центр социального воспитания и здоровья"

г.Хабаровск  
2017 год

## 1. Общие положения

1.1. Настоящий порядок приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ краевого государственного автономного учреждения "Краевой молодежный центр социального воспитания и здоровья" (далее – Центр) определён на основании федерального и краевого законодательства по профилю работы Центра, в т.ч. Федерального закона "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" от 24.06.1999 № 120-ФЗ, государственной программы Хабаровского края "Обеспечение общественной безопасности и противодействие преступности в Хабаровском крае", утвержденной постановлением Правительства Хабаровского края от 31 декабря 2013 г. № 482-пр, устава КГАУ "Краевой молодежный социальный центр воспитания и здоровья", положения о Центре и устанавливает порядок (условия) зачисления в Центр подростка и его отчисления из Центра (далее – Порядок).

1.2. Центр является обособленным структурным подразделением краевого государственного автономного учреждения "Краевой молодежный центр социального воспитания и здоровья" (далее – Учреждение).

Адрес (место нахождения) Учреждения: 680021, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Первомайская, 25.

Адрес (место нахождения) Центра: 680547, Хабаровский край, Хабаровский район, с. Воронежское – 3, ул. Зелёная, д.15А.,

1.3. Для целей настоящего Порядка применяются следующие понятия:

"подросток" – физическое лицо, в возрасте 13-15 лет;

"воспитанник" – подросток, зачисленный в Центр в соответствии с Порядком, до момента отчисления из Центра;

"направляющая организация" (организация, направившая подростка) – администрации городских округов, муниципальных районов Хабаровского края, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, образовательные организации, организации социальной защиты населения и здравоохранения, органы опеки и попечительства, иные организации по защите прав детей, зарегистрированные (созданные) и действующие в Хабаровском крае, которые обратились с ходатайством о приёме подростка в Центр в соответствии с Порядком, а также органы государственной власти, местного самоуправления Хабаровского края и организации в случае, предусмотренном примечанием к пункту 2.4. Порядка.

1.4. В Центр принимаются подростки в возрасте 13-15 лет (учащиеся 7-8 классов), проживающие на территории Хабаровского края, преимущественно из муниципальных районов Хабаровского края с признаками девиантного поведения и (или) находящиеся в социально опасном положении, т.е. обстановке, представляющей опасность для его жизни или здоровья либо не отвечающей требованиям к его воспитанию или содержанию.

1.5. График (продолжительность) социально-реабилитационных смен на календарный год утверждается приказом генерального директора Учреждения.

## 2. Порядок направления и условия приёма в Центр

2.1. Подросток принимается в Центр на добровольной основе (при желании участвовать в социально-реабилитационном процессе, восстановить свой социальный статус, отказаться от употребления психоактивных веществ и т.д.).

2.2. Основанием для рассмотрения вопроса и принятия решения о приёме (зачислении) либо об отказе в зачислении подростка в Центр на определённую социально-реабилитационную смену является:

2.2.1. заявление родителей (законного представителя) подростка (либо одного из них) в произвольной форме на имя генерального директора Учреждения с приложением характеристики образовательной организации, в которой обучается подросток, или

2.2.2. письменное ходатайство направляющей организации, с обязательным указанием:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) подростка;
- дата рождения подростка (число, месяц, год);
- образование подростка (текущий класс обучения);
- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) родителей (законных представителей), их место работы, контактный телефон (домашний, мобильный, рабочий);
- адрес места жительства подростка, его родителей (законных представителей) (адрес регистрации и адрес фактического проживания);
- о том, что "направляющая организация, ознакомлена с Порядком приёма несовершеннолетних в Центр, согласна с ним и обязуется осуществлять либо обеспечить постреабилитационное сопровождение подростка и его семьи по месту жительства в течение года по окончании социально-реабилитационной смены подростка, с учётом рекомендаций Учреждения и предоставлять Учреждению информацию о проводимой постреабилитационной работе с подростком в объеме и в сроки, установленные разделом 7 Порядка".

К ходатайству направляющей организации прилагается характеристика на подростка по форме (приложение № 4 к Порядку), а также заявление – согласие родителей (законных представителей) подростка на обработку персональных данных (приложение № 3 к Порядку).

Направляющая организация, должна обеспечить легитимность обработки персональных данных подростка и его родителей (законных представителей) и несёт полную ответственность за несоблюдение требований конфиденциальности персональных данных, полученных направляющей организацией в связи с подготовкой и направлением в Учреждение ходатайства и прилагаемых к нему документов.

2.3. Перед обращением с ходатайством в Учреждение, направляющая организация проводит собеседование подростка с психологом, наркологом и социальным педагогом направляющей организации, в целях определения психофизического состояния подростка, особенностей его личности, способности участвовать в тех или иных социально-реабилитационных мероприятиях.

2.4. Решения о приёме (зачислении) либо об отказе в зачислении подростка в Центр принимает социально-реабилитационный совет Учреждения, деятельность которого определяется отдельным локальным нормативным актом Учре-

ждения, утвержденным приказом генерального директора Учреждения. Решение социально-реабилитационного совета Учреждения о приёме (зачислении) либо об отказе в зачислении подростка в Центр, оформляется протоколом, на основании которого издается приказ генерального директора Учреждения. Информации о принятом решении доводится до сведения родителей (законных представителей) либо одного из них, а также направляющей организации любыми доступными средствами связи.

Общий срок приёма ходатайств на соответствующую социально-реабилитационную смену определяется Учреждением и указывается в письме о начале набора на социально-реабилитационную смену.

**Примечание:** *В случае угрозы жизни или здоровью подростка, зачисление в Центр в порядке исключения может осуществляться генеральным директором Учреждения единолично (без решения социально-реабилитационного совета Учреждения) по распоряжению или обращению учредителя Учреждения, по ходатайству органов государственной власти и местного самоуправления Хабаровского края, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, организаций социальной защиты, органов опеки и попечительства, других органов и организаций, деятельность которых связана с защитой прав детей.*

2.5. Направляющие организации, обязаны:

2.5.1. предоставить документы (обеспечить их наличие в Центре) в соответствии с пунктом 3.1. Порядка, не позднее дня заезда подростка в Центр (не позднее дня начала социально-реабилитационной смены), а также несут полную ответственность, предусмотренную действующим законодательством за легитимность предоставленных документов, достоверность сведений указанных в них;

2.5.2. обеспечить своевременное прибытие и сопровождение подростка в Центр и его убытие обратно по окончании социально-реабилитационной смены либо при досрочном отчислении из Центра (в т.ч. нести расходы по оплате проезда подростка и лица его сопровождающего);

2.5.3. обеспечить, в период нахождения подростка в Центре, проведение работы с его семьей, в пределах компетенции направляющей организации как субъекта системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

2.6. Набор воспитанников на каждую социально-реабилитационную смену комплектуется по одновозрастному и половому признаку.

2.7. Продолжительность пребывания воспитанника в Центре определяется продолжительностью социально-реабилитационной смены.

2.8. Учреждение, направляющая организация, обязаны соблюдать конфиденциальность персональных данных воспитанника и его родителей (законных представителей), полученных в связи с организацией социальной реабилитации воспитанника в Центре, а также его постреабилитацией.

2.9. Направляющая организация несёт ответственность за мотивацию подростка и его семьи к прохождению социальной реабилитации подростка в Центре.

2.10. Фактическое прибытие подростка на социально-реабилитационную смену в Центр и убытие из него оформляется подписанием соответствующих актов по формам (приложениям №№ 5 и 6 к Порядку).

### 3. Документы для зачисления в Центр

3.1. Направляющая организация либо родители (законные представители) подростка, в случае, когда решение о зачислении принято по их непосредственному обращению в Центр, обеспечивают наличие (поступление в Центр) следующих документов:

- заявление от родителей (законных представителей) о зачислении подростка в Центр (приложение № 1 к Порядку);
- заявление от родителей (законных представителей) на зачисление в МКОУ СОШ с. Мичуринское (приложение № 7 к Порядку);
- заявление от родителей (законных представителей) о согласии на обработку персональных данных своих и ребёнка в связи с его обучением в МКОУ СОШ с. Мичуринское (приложение № 8 к Порядку);
- заявление от родителей (законных представителей) о согласии на обработку персональных данных своих и ребёнка (приложение № 3 к Порядку), за исключением случаев, когда такое согласие было предоставлено одновременно с ходатайством направляющей организации о зачислении подростка в Центр;
- приказ образовательной организации о выбытии подростка в МКОУ СОШ с. Мичуринское (приложение № 9 к Порядку);
- характеристика на подростка по форме (приложение № 4 к Порядку);
- личная карта обучающегося со школы;
- копия справки, в случае, если подросток имеет заключение ПМПК;
- справка о том, что подросток не состоит на учёте у врача-психиатра, о наличии (отсутствии) учёта подростка у врача-нарколога (*примечание*: наличие учёта подростка у врача-психиатра является основанием к отказу в зачислении подростка в Центр);

(При отсутствии по месту жительства подростка данных специалистов (врач-психиатр, врач-нарколог), предоставляется выписка от врача-педиатра об отсутствии учёта подростка у врача-психиатра, о наличии (отсутствии) учёта подростка у врача-нарколога);

- справка состоит или нет подросток на учёте в ПДН, КДН (указать причину постановки);
- свидетельство о рождении подростка или паспорт (оригинал и копия);
- копия паспорта родителя (законного представителя) (страницы 2-3, страница с отметкой о действующей регистрации по месту жительства);
- копия документа о полномочиях законного представителя (не родителя) подростка;
- медицинская обменная карта подростка по форме, с обязательным указанием диагнозов хронических заболеваний (приложение № 11 к Порядку);
- согласие на обработку персональных данных в обслуживающую медицинскую организацию по форме (приложение № 12 к Порядку);
- информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств по форме (приложение № 13 к Порядку);
- справка об отсутствии контакта с инфекционными больными (выданная, не ранее трёх дней до заезда в Центр);
- медицинский страховой полис подростка (оригинал);
- фотографии подростка - 2 шт. размером 3x4 (черно-белые).

Дополнительно для родителей (законных представителей) – заключается договор на оказание социально-реабилитационных услуг по форме (приложение № 2 к Порядку).

3.2. Отсутствие одного из перечисленных документов и (или) указание в них неполных сведений является основанием для отказа в заезде подростка в Центр и его отчисления из Центра, а при экстренном зачислении подростка – к отказу в его дальнейшем пребывании в Центре.

**Примечание:** В случае экстренного зачисления подростка в Центр документы предоставляются направляющей организацией в течение суток с момента обращения в Учреждение.

#### **4. Требования к обеспечению воспитанника при приёме в Центр**

4.1 В день заезда в Центр воспитаннику при себе необходимо иметь:

- гигиенические принадлежности: зубная щётка, зубная паста, полотенце, мыло, расчёска, мочалка, носовые платки;
- сезонную одежду (**особенно обратить внимание на наличие зимней одежды и обуви**), сменное нижнее бельё;
- для посещения бассейна необходимо иметь купальный костюм, шапочку, резиновые шлёпанцы;
- спортивную и сменную обувь;
- учебники по всем предметам, изучаемых воспитанником.

4.2. Направляющая организация, либо родители (законные представители) подростка, в случае, когда решение о зачислении принято по их непосредственному обращению в Центр, обязаны обеспечить наличие у воспитанника вышеперечисленных вещей в день заезда.

#### **5. Основания к отказу в зачислении подростка в Центр**

5.1. Помимо иных оснований, предусмотренных Порядком, самостоятельным основанием к отказу в зачислении подростка в Центр является наличие у подростка:

- заболевания в острой стадии (в том числе инфекционные);
- онкологического заболевания;
- психотических состояний с бредом, галлюцинациями, выраженными аффективно-волевыми нарушениями;
- выраженного суицидального риска;
- заболеваний требующих специального обследования или поддерживающего лечения;
- учета у врача-психиатра.

5.2. Несогласие направляющей организации и (или) родителей (законных представителей) подростка с условиями Порядка, является основанием к отказу в зачислении подростка в Центр.

#### **6. Отчисление воспитанника из Центра**

6.1. Отчисление воспитанника из Центра производится в случае:

- истечения установленного срока пребывания воспитанника в Центре;
- обнаружения после зачисления подростка в Центр обстоятельств, предусмотренных пунктом 5.1 Порядка;
- если по заключению психолога Центра и решения социально-реабилитационного совета Учреждения воспитанник не нуждается больше в социально-реабилитационных услугах оказываемых в условиях Центра;
- досрочного расторжения договора об оказании социально-реабилитационных услуг, заключённого между Учреждением и родителем (законным представителем) воспитанника, по основаниям, предусмотренным данным договором;
- нарушение воспитанником положения о Центре, правил внутреннего распорядка для воспитанников Центра, распорядка дня в Центре (с учетом характера допущенного нарушения по решению социально-реабилитационного совета Учреждения);
- прекращение либо приостановление деятельности Учреждения или Центра.

6.2. Решение об отчислении воспитанника из Центра принимается социально-реабилитационным советом Учреждения и оформляется протоколом, на основании которого издается соответствующий приказ генерального директора Учреждения. Информации о принятом решении доводится до сведения родителей (законных представителей) либо одного из них, а также направляющей организации любыми доступными средствами связи.

## **7. Постреабилитационное сопровождение подростка**

7.1. В срок не позднее 10 рабочих дней после окончания каждой социально-реабилитационной смены Учреждение направляет в организацию направившую подростка рекомендации по дальнейшей постреабилитации подростка.

7.2. Организация, направившая подростка, в течение года по окончании социально-реабилитационной смены осуществляет, либо обеспечивает постреабилитационное сопровождение подростка и его семьи по месту жительства с учётом рекомендаций Учреждения.

7.3. Организация, направившая подростка, в течение года постреабилитационного сопровождения подростка обязана:

7.3.1. ежемесячно (каждый последний рабочий день месяца) предоставлять Учреждению информацию о проводимой постреабилитационной работе с подростком и его семьёй, по форме согласно приложению № 10 к Порядку и по согласованию с комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав (в части информации, отнесенной к компетенции данной комиссии);

7.3.2. по запросу Учреждения предоставлять иную информацию в рамках постреабилитационного сопровождения подростка;

7.3.3. уведомлять Учреждение в письменной форме о снятии подростка с учета, осуществляемого в пределах компетенции соответствующей направляющей организации. Данное уведомление должно быть направлено Учреждению не позднее пяти рабочих дней со дня снятия подростка с учета.

---

(к пункту 3.1. порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

Генеральному директору  
КГАУ КМЦСВиЗ  
А.И. Соболю

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя)

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

заявление

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество) родителя (законного представителя)

прошу Вас зачислить в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ, находящийся по адресу: Хабаровский край, Хабаровский район, с. Воронежское-3, ул. Зеленая, 15А (далее – Центр), на социально-реабилитационную смену с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ моего сына/дочь (опекаемого) - (нужное подчеркнуть):

Ф.И.О. ребёнка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Я ознакомлен и согласен с:

- уставом КГАУ "Краевой молодежный центр социального воспитания и здоровья"

- положением о Центре; порядком приёма несовершеннолетних в Центр; режимом работы Центра; правилами внутреннего распорядка для воспитанников Центра; положением о защите персональных данных несовершеннолетних, их родителей (законных представителей) при осуществлении организации социальной реабилитации несовершеннолетних на базе Центра.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Перечень документов (раздел заполняется сотрудником Центра, при поступлении документов и сверке их фактического наличия):

№ п/п	Наименование требуемого документа	Фактическое наличие (да/нет)
1	заявление от родителей (законных представителей) о зачислении подростка в Центр	
2	заявление от родителей (законных представителей) на зачисление в МКОУ СОШ с. Мичуринское	
3	заявление от родителей (законных представителей) о согласии на обработку персональных данных своих и ребёнка в связи с его обучением в МКОУ СОШ с. Мичуринское	
4	заявление от родителей (законных представителей) о согласии на обработку персональных данных своих и ребёнка в связи с его зачислением в Центр	
5	Приказ образовательной организации о выбытии подростка в МКОУ СОШ с. Мичуринское	
6	характеристика на подростка	
7	личная карта обучающегося со школы	
8	копия справки либо личное дело учащегося (в случае, если подросток имеет заключение ПМПК)	
9	справка о том, что подросток не состоит на учёте у врача-психиатра, о наличии (отсутствии) учёта подростка у врача-нарколога. При отсутствии данных специалистов, предоставляется выписка от врача-педиатра, содержащая сведения об отсутствии учёта подростка у врача-психиатра, о наличии (отсутствии) учёта подростка у врача-нарколога	
10	справка состоит или нет подросток на учёте в ПДН, КДН (указать причину постановки)	
11	свидетельство о рождении подростка или паспорт (оригинал и копия)	
12	копия паспорта родителя (законного представителя) (страницы 2-3, страница с отметкой о действующей регистрации по месту жительства)	
13	копия документа о полномочиях законного представителя (не родителя) подростка	
14	медицинская обменная карта подростка	
15	согласие на обработку персональных данных в обслуживающую медицинскую организацию	
16	информированное добровольное согласие и виды медицинских вмешательств	
17	справка об отсутствии контакта с инфекционными больными (выданная, не ранее трёх дней до заезда в Центр)	
18	медицинский страховой полис подростка (оригинал)	
19	фотографии подростка – 2 шт. размером 3х4 (черно-белые)	



(к пункту 3.1. порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

о безвозмездном оказании социально-реабилитационных услуг несовершеннолетнему

г. Хабаровск

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Краевое государственное автономное учреждение "Краевой молодежный центр социального воспитания и здоровья"** (сокращенное наименование: КГАУ КМЦСВиЗ), именуемое в дальнейшем Учреждение, в лице генерального директора Соболев Александры Игоревны, действующей на основании устава с одной стороны, и

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) родителя (законного представителя)

далее – Родитель (законный представитель), с другой стороны, полномочия которого подтверждаются:

паспорт Родителя (законного представителя): серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_,

свидетельство о рождении ребёнка: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдано \_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий полномочия законного представителя (не родителя):

\_\_\_\_\_, действующий от имени и в интересах несовершеннолетнего, поименованного в пункте 1.1. настоящего Договора, совместно далее именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение безвозмездно оказывает социально-реабилитационные услуги несовершеннолетнему.

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, дата рождения, возраст)

согласно программе социальной реабилитации воспитанников, утвержденной решением социально-реабилитационного совета Учреждения, а также с учётом возраста, особенностей психофизического развития личности несовершеннолетнего, в целях коррекции девиантного поведения несовершеннолетнего и снижения риска употребления им психоактивных веществ, обеспечения его максимально полной и своевременной социальной адаптации к жизни в обществе, семье, к обучению и труду, восстановления психического, физического и духовного потенциала.

1.2. Исполнение Договора осуществляется на базе обособленного структурного подразделения Учреждения – Центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ, расположенный по адресу: 680547, Хабаровский край, Хабаровский район, с. Воронежское-3, ул. Зелёная, д.15а (далее – Центр).

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### **2.1. Учреждение обязуется безвозмездно:**

2.1.1. Обеспечить несовершеннолетнему временное круглосуточное проживание в Центре по адресу: Хабаровский край, Хабаровский район, с. Воронежское-3, ул. Зеленая, д. 15А, на период социально-реабилитационной смены с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

2.1.2. Обеспечить несовершеннолетнему ежедневное 5-ти разовое питание в период социально-реабилитационной смены.

2.1.3. Организовать социальную реабилитацию несовершеннолетнего в максимальной степени способствующей его социализации, коррекции девиантного поведения, снижению риска употребления им психоактивных веществ, посредством реализации мероприятий календарно-тематического плана, утвержденного генеральным директором Учреждения и в соответствии с программой социальной реабилитации воспитанников Центра.

2.1.4. Оказывать несовершеннолетнему квалифицированную медико-социальную, социально-психологическую помощь; содействовать несовершеннолетнему в

профессиональной ориентации.

2.1.5. Обеспечить на период социально-реабилитационной смены получение несовершеннолетним общего образования в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом, с учетом класса его обучения. Реализация образовательной программы осуществляется на базе Центра, образовательной организацией – МКОУ СОШ с.Мичуринское, в которую несовершеннолетний зачисляется по заявлению его родителей (законных представителей).

2.1.6. Создавать благоприятные условия для интеллектуального, нравственного, эмоционального и физического развития личности несовершеннолетнего, всестороннего развития его способностей.

2.1.7. Обеспечить охрану жизни и здоровья несовершеннолетнего в течение социально-реабилитационной смены в Центре, соблюдать требования пожарной безопасности, санитарно-эпидемиологические и иные обязательные требования по профилю работы Центра.

2.1.8. Обеспечить соблюдение законных прав и интересов несовершеннолетнего.

2.1.9. Обеспечить конфиденциальность персональных данных несовершеннолетнего (воспитанника Центра), его родителей (законных представителей) в связи с организацией социальной реабилитации несовершеннолетнего в Центре.

## **2.2. Учреждение вправе:**

2.2.1. В процессе социальной реабилитации несовершеннолетнего (в т.ч. в день заезда на социально-реабилитационную смену) организовывать проведение диагностики, на склонность употребления воспитанником алкоголя, психоактивных веществ (ПАВ), на наличие ИППП и других заболеваний, в целях подбора наиболее эффективных методик социальной реабилитации несовершеннолетнего, эффективности социально-психологической и медико-социальной помощи, а также по эпидемиологической обстановке и по медицинским показаниям.

2.2.2. В одностороннем порядке, досрочно расторгнуть Договор в случае: обнаружения после зачисления несовершеннолетнего в Центр обстоятельств, предусмотренных пунктом 5 Порядка приёма несовершеннолетних в Центр; если по заключению психолога Центра и решения социально-реабилитационного совета Учреждения несовершеннолетний не нуждается больше в социально-реабилитационных услугах оказываемых в условиях Центра; нарушения воспитанником положения о Центре, правил внутреннего распорядка для воспитанников Центра, распорядка дня в Центре (с учетом характера допущенного нарушения по решению социально-реабилитационного совета Учреждения); прекращения либо приостановления деятельности Учреждения или Центра.

## **2.3. Родитель (законный представитель) обязуется:**

2.3.1. Обеспечить наличие документов, необходимых для зачисления несовершеннолетнего в Центр в соответствии с порядком приёма несовершеннолетних в Центр.

2.3.2. Выполнять рекомендации специалистов Центра данных по окончании социально-реабилитационной смены в целях постреабилитации несовершеннолетнего по месту жительства, активно участвовать в постреабилитации несовершеннолетнего, в том числе проводимой организацией, направившей несовершеннолетнего в Центр.

2.3.3. Соблюдать положение о Центре, порядок приёма несовершеннолетних в Центр, режим работы Центра, правила внутреннего распорядка для воспитанников Центра, положение о защите персональных данных несовершеннолетних, их родителей (законных представителей) при осуществлении организации социальной реабилитации несовершеннолетних на базе Центра.

2.3.4. Сопровождать несовершеннолетнего к месту жительства при его убытии из Центра, либо обеспечить такое сопровождение через уполномоченного представителя (на основании соответствующего заявления родителей (законных представителей) или доверенности на право сопровождения воспитанника).

## **2.4. Родитель (законный представитель) вправе:**

2.4.1. Досрочно расторгнуть Договор в одностороннем порядке (в т.ч. при нарушении Учреждением условий Договора).

2.4.2. Лично получать информацию в доступной форме относительно программы социальной реабилитации воспитанников Центра, всех социально-реабилитационных и постреабилитационных мероприятий проводимых с участием несовершеннолетнего.

2.4.3. Пользоваться иными правами, предусмотренными действующим законодательством и Положением о Центре.

## **3. ДРУГИЕ УСЛОВИЯ**

3.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

3.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой Стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

3.3. По окончании социально-реабилитационной смены, Учреждение направляет в организацию, направившую подростка в Центр рекомендации по постреабилитации подростка.

3.4. За нарушение своих обязательств, Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.5. Все разногласия по Договору Стороны разрешают путём переговоров. Неурегулированные Сторонами разногласия, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

3.6. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение, а равно ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если они обусловлены действием форс-мажорных обстоятельств (ст. 401 ГК РФ).

3.7. В части, не урегулированной Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

3.8. До подписания Договора, **родитель (законный представитель) ознакомлен и согласен с:**

- уставом КГАУ "Краевой молодежный центр социального воспитания и здоровья";

- положением о Центре, порядком приёма несовершеннолетних в Центр, режимом работы Центра, правилами внутреннего распорядка для воспитанников Центра, положением о защите персональных данных несовершеннолетних, их родителей (законных представителей) при осуществлении организации социальной реабилитации несовершеннолетних на базе Центра, положением о социально-реабилитационном совете Учреждения.

#### 4. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Родитель (законный представитель)

КГАУ КМЦСВиЗ

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О)

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Проживающий по адресу (регистрация по паспорту): \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Место работы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка подписи)

ИНН 2721055803

г. Хабаровск, ул. Первомайская, 25

тел. 8 (4212) 57-36-25, 56-02-46

Генеральный директор

\_\_\_\_\_ /А.И. Соболев

(подпись)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(к пункту 3.1. порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

Генеральному директору КГАУ КМЦСВиЗ

А.И. Соболев

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя, (законного представителя))

**ЗАЯВЛЕНИЕ – СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(наименование документа, удостоверяющего личность) (дата выдачи) (кем выдан)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства по регистрации)

действующий от своего имени, а также как законный представитель несовершеннолетнего:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребёнка полностью; дата рождения)

приходящийся мне \_\_\_\_\_ на основании \_\_\_\_\_  
(свидетельство о рождении ребёнка; иной документ о полномочиях законного представителя)

серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдано \_\_\_\_\_  
(дата выдачи, кем выдано)

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим **даю согласие** оператору - краевому государственному автономному учреждению "Краевой молодежный центр социального воспитания и здоровья" (г.Хабаровск, ул.Первомайская, д.25; ИНН 2721055803) – далее Учреждение, **на обработку** неавтоматизированным и автоматизированным способами, **своих персональных данных и персональных данных вышеназванного несовершеннолетнего** (далее – несовершеннолетний) к которым относятся: фамилия, имя, отчество и дата рождения несовершеннолетнего и родителя (законного представителя); пол несовершеннолетнего; данные свидетельства о рождении несовершеннолетнего; данные паспорта несовершеннолетнего и родителя (законного представителя); адрес места жительства (по регистрации и фактический); контактные телефоны; место работы родителя (законного представителя); состав и социальный статус семьи несовершеннолетнего; свойство родства с членами семьи; данные об образовании несовершеннолетнего (образовательная организация, класс обучения, успеваемость и поведение); данные о состоянии здоровья несовершеннолетнего (физического и психического), заболеваниях и наличии учета несовершеннолетнего у врача-психиатра, врача-нарколога; данные об учёте в комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав; данные медицинского полиса несовершеннолетнего; данные о содержании и результатах социальной реабилитации несовершеннолетнего в Учреждении и постреабилитационной работы с несовершеннолетним.

Настоящее согласие на обработку персональных данных дано в целях организации социальной реабилитации несовершеннолетнего в Учреждении (в том числе, заключение и исполнение договора о социально-реабилитационных услугах, обеспечение несовершеннолетнего питанием, медицинское сопровождение, обеспечение охраны жизни и здоровья несовершеннолетнего, организация и проведение мероприятий социальной реабилитации (включая профессиональное ориентирование) и оформление участия несовершеннолетнего в таких мероприятиях, оформление, ведение и хранение учётной, медицинской, отчетной и иной документации, связанной с социальной реабилитацией), постреабилитации несовершеннолетнего (в том числе организация наставничества в отношении несовершеннолетнего).

**Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении персональных данных моих и несовершеннолетнего**, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам: комитет по молодежной политике Правительства Хабаровского края (учредитель учреждения), уполномоченный по правам ребенка в Хабаровском крае, органы прокуратуры и другие правоохранительные органы, органы роспотребнадзора, медицинские организации, перевозчик и органы ГИБДД при организованной перевозке группы детей, комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Хабаровского края, организация направившая несовершеннолетнего в Учреждение на социальную реабилитацию, организация проводящая мероприятия по профессиональному ориентированию, доброволец (волонтер) в рамках договора об организации наставничества в отношении несовершеннолетнего, а также обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Я даю согласие Учреждению на получение от третьей стороны:

\_\_\_\_\_ (организации, обратившейся в Учреждение с ходатайством по вопросу зачисления несовершеннолетнего на социально-реабилитационную смену) вышеперечисленных персональных данных несовершеннолетнего либо моих персональных данных и уведомлен об осуществлении их обработки Учреждением в целях организации социальной реабилитации несовершеннолетнего.

Я даю согласие Учреждению на фото и видеосъемку несовершеннолетнего для их размещения на информационных стендах в помещениях Учреждения, а также на официальном сайте Учреждения, в целях популяризации здорового образа жизни, освещения мероприятий в рамках уставной деятельности Учреждения и повышения его имиджа.

Я ознакомлен с положениями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных", с правами и обязанностями в этой области, с положением о защите персональных данных несовершеннолетних и их родителей (законных представителей) утвержденным в Учреждении, с возможными последствиями моего отказа дать письменное согласие на обработку персональных данных.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания, действует в течение 5 лет с момента достижения цели обработки и может быть отозвано в любой момент путем подачи письменного заявления в Учреждение.

Я подтверждаю, что давая настоящее согласие, я действую по собственной воле в собственных интересах и в интересах несовершеннолетнего.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.

(роспись)

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

(к пунктам 2.2, 3.1. порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

## ХАРАКТЕРИСТИКА

### 1. Общие сведения о подростке

#### 1.1. Анкетные данные.

Фамилия, имя, отчество

Дата рождения

Наименование учебного заведения, класс

Вид обучения

#### 1.2. Сведения о состоянии здоровья:

- хронические заболевания;

- заболевания в острой стадии, в том числе инфекционные;

- онкологического заболевания;

- психотические состояния с бредом, галлюцинациями, выраженными аффективно-волевыми нарушениями;

- выраженный суицидальный риск;

- заболевания, требующие специального обследования или поддерживающего лечения;

- подросток состоит на учёте у врача-нарколога;

- подросток состоит на учёте у врача-психиатра.

#### 1.3. Особенности функционирования нервной системы:

- утомляемость;

- стабильность настроения;

- уравновешенность.

#### 1.4. Особенности личности подростка:

- характер;

- темперамент;

- способности;

- особенности эмоционально-волевой сферы.

#### 1.5. Успеваемость:

- отличная, хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная.

#### 1.6. Внешкольные занятия:

- занятия общественно-полезным трудом;

- занятия художественной самодеятельностью;

- занятия в кружках, клубах, штабах, бригадах;

- занятия спортом.

#### 1.7. Состоит подросток на учёте:

- внутри школьный учёт;

- КДН;

- ПДН

указать причину постановки на учёт.

#### 1.8. Формы девиации подростка:

- употребление психоактивных веществ;

- агрессия;

- склонность к правонарушениям;

- бродяжничество;

- беспризорность;

- использование нецензурных выражений.

### 2. Сведения о семье

#### 2.1. Анкетные данные.

Ф.И.О. отца (законного представителя)

Место работы, должность

Ф.И.О. матери (законного представителя)

Место работы, должность

#### 2.2. Характеристика бытовых материальных условий в семье:

- бытовые;
- материальные;
- жилищные условия;
- санитарная культура.

### 2.3. К какому фактору группы риска относится семья:

- многодетная семья;
- неполная семья;
- семья опекуна;
- семья с недееспособными родителями;
- семья с низким социально-экономическим укладом жизни (малообеспеченные);
- семья с низким педагогическим уровнем знаний;
- семья мигрантов (беженцев);
- асоциальная семья;
- родители проживают отдельно от детей;
- смерть одного из родителей;
- родители находятся в заключении или имеют судимость;
- родители имеют инвалидность.

### 2.4. Социально-педагогический фактор:

- родители не справляются с социальной ситуацией (низкая успеваемость, дисциплина, дети не посещают школу);
- конфликтные отношения между членами семьи;
- семья, где подростки уходят из дома;
- семья, где подростки употребляют психоактивные вещества (алкоголь, наркотики).

### 2.5. Социально-криминогенный фактор:

- семья, где угроза жизни и здоровью детей (насилие, пренебрежение в семье);
- деградация родителей, употребляющих психоактивные вещества.

### 3. Сведения о проводимой работе с семьей

- по чьей инициативе направляется подросток;
- предпринятый комплекс мер работы с подростком;
- обоснование направления подростка в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ, для прохождения социальной реабилитации.

Дата.

Ф.И.О., должность, составившего характеристику

(к пункту 2.10 порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

Краевое государственное автономное учреждение  
"Краевой молодежный центр социального воспитания и здоровья"  
(КГАУ КМЦСВиЗ)

**АКТ**

передачи воспитанника родителями (законными представителями)  
в центр социальной реабилитации подростков,  
склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ  
КГАУ КМЦСВиЗ

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Место составления акта: г.Хабаровск, ул.Первомайская, 25

На основании приказа КГАУ КМЦСВиЗ "О зачислении воспитанников в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ" № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения воспитанника)

передан сотруднику Центра \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность)

С воспитанником переданы:

1. личные документы по перечню:

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

Осмотр подростка медицинским сотрудником Центра:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(результат осмотра, дата, должность, подпись, Ф.И.О. медицинского сотрудник Центра)

Передал: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись родителя (законного представителя))

Принял: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись, должность сотрудника "Центра ")

(к пункту 2.10 порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

Краевое государственное автономное учреждение  
"Краевой молодежный центр социального воспитания и здоровья"  
(КГАУ КМЦСВиЗ)

**АКТ**

передачи воспитанника родителям (законным представителям)  
из центра социальной реабилитации подростков,  
склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ  
КГАУ КМЦСВиЗ

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Место составления акта: г.Хабаровск, ул.Первомайская, 25

На основании приказа КГАУ КМЦСВиЗ "Об отчислении воспитанников из центра социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ " № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения воспитанника)

передан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя),

\_\_\_\_\_  
реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя)

С воспитанником переданы:

1. личные документы по перечню:

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

Претензии родителя (законного представителя) либо указывается об отсутствии претензии:

Передал: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. подпись, должность сотрудника "Центра ")

Принял: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. подпись, родителя (законного представителя))



(к пункту 3.1 порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

Учетный номер \_\_\_\_\_

Директору МКОУ СОШ с. Мичуринского  
М.С. Шуньковой

Зачислен:

Дата \_\_\_\_\_

Родителя (законного представителя)

Класс: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя отчество

Директор МКОУ СОШ с. Мичуринского

\_\_\_\_\_ М.С. Шунькова

Проживающего по адресу:

ул. \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_

кв. \_\_\_\_\_ сот. \_\_\_\_\_

заявление

Прошу принять в \_\_\_\_\_ класс МКОУ СОШ с. Мичуринского моего сына \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество полностью

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения \_\_\_\_\_  
число месяц год место рождения

Откуда прибыл \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество полностью; место работы, должность, контактный телефон)

Мать \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество полностью; место работы, должность, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

Даю своё согласие МКОУ СОШ с. Мичуринское (Хабаровский край Хабаровский район с. Мичуринское ул. Парковая, д. 7А) на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу в случаях, установленных в соответствующих нормативными правовыми актами, на бумажном и электронном носителях с обеспечением конфиденциальности наших персональных данных и персональных данных моего ребёнка, сообщаемых мною в настоящем заявлении и содержащихся в прилагаемых к данному заявлению документах (копиях документов, целях осуществления учёта детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы общего образования, а также в целях осуществления индивидуального учёта освоения моим ребёнком общеобразовательных программ на период до отчисления моего ребёнка из списочного состава обучающихся МКОУ СОШ с. Мичуринское.

В случаях нарушения МКОУ СОШ с. Мичуринское моих прав и законных прав, и законных интересов моего ребёнка при обработке вышеуказанных персональных данных, данное в настоящем заявлении мною согласие на обработку таких персональных данных может быть мною отозвано путём подачи в МКОУ СОШ с. Мичуринское соответствующих письменных заявлений. В случаях, когда указанные в настоящем заявлении персональные данные изменятся, станут устаревшими, недостоверными, я буду производить их уточнение путём подачи в МКОУ СОШ с. Мичуринское соответствующего письменного заявления.

В соответствии с п. 2 ст. 55 Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации", п. 1. Порядок приема граждан на обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, утверждённого Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 22 января 2014 г. N 32, ознакомлен(а) с документами, регламентирующими деятельность образовательной организации (с лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством государственной аккредитации МКОУ СОШ с. Мичуринское, Уставом МКОУ СОШ с. Мичуринское (учебным планом, локальными актами)

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
подпись



(к пункту 3.1 порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

### ЗАЯВЛЕНИЕ – СОГЛАСИЕ

#### на обработку персональных данных учащихся

В соответствии с федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ "О персональных данных" для:

- ведения классного журнала в бумажном и электронном виде, дневника, личного дела, другой учётной документации;
- оформления и выдачи справок, характеристик, ученического проездного билета, документа об образовании и т.п.;
- обеспечения питанием, медицинского сопровождения, заключения договоров о платных образовательных услугах, организации отдыха и оздоровления, оформления участия в олимпиадах, конкурсах, соревнованиях и т.п., учёта занятости детей во внеурочное время

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество родителя (законного представителя))

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий личность)

(дата выдачи)

(кем выдан)

родитель (законный представитель) ребёнка \_\_\_\_\_

(Фамилия Имя ребёнка)

\_\_\_\_\_ ученика (цы) \_\_\_\_\_ класса, даю своё согласие на обработку персональных данных моего ребёнка и своих персональных данных в документальной и электронной форме исключительно в целях уставной деятельности школы, автоматизированным и неавтоматизированным способом, которые отмечу знаком «V» в столбце «ДА» в нижеприведенной таблице.

Настоящее согласие действительно с даты подписания до окончания обучения МКОУ СОШ с. Мичуринское.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупреждён о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Персональные данные ребёнка	ДА	НЕТ	Персональные данные родителя	ДА	НЕТ
ФИО			ФИО		
Класс			Родственное отношение		
Пол			Дата рождения		
Дата рождения			Адрес проживания		
Место рождения			Адрес регистрации		
Адрес проживания			Данные паспорта		
Адрес регистрации			Состав семьи		
Данные паспорта или св-ва о рож.			Телефон домашний		
Гражданство			Телефон рабочий		
Родной язык			Телефон мобильный		
Сведения о семье			Электронная почта		
Успеваемость			Место работы		
Достижения			Должность		
Состояние здоровья					
Данные СНИЛС					
Занятость во внеурочное время					
Фотография					
Данные об образовании					

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Образец

Полное наименование образовательной организации в соответствии с Уставом организации

**ПРИКАЗ**

от \_\_\_\_\_

наименование населённого пункта

№ \_\_\_\_\_

О выбытии из школы

Ф.И.О. ученика, дата рождения, класс, отчислить в связи с выбытием в МКОУ СОШ с. Мичуринское с \_\_\_\_\_ (дата выбытия).

Основание: заявление родителей (законных представителей)

Директор

подпись

И.О. Фамилия

(к пункту 2.2 порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

**Информационная справка**  
о постреабилитационной работе с подростком,  
прошедшим социальную реабилитацию  
в центре социальной реабилитации подростков склонных к девиантному поведению  
и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ, о работе с семьёй подростка.

Направляющая организация (КДН, образовательная организация, иной субъект системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних):

Дата составления \_\_\_\_\_

Семья:

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

Ф.И.О. подростка прошедшего социальную реабилитацию:

\_\_\_\_\_

Значимые в семье люди \_\_\_\_\_

Семья находится на учёте \_\_\_\_\_ (указать период)

1. Краткое описание показательных результатов социальной, психологической, педагогической диагностики подростка, прошедшего социальную реабилитацию:

Краткое описание причины, по которой направлен подросток	Краткое описание наблюдений за подростком в постреабилитационный период (снят с учёта КДН, ПДН, ВШУ; изменения в школьной успеваемости, поведении; наличие повторных правонарушений) и т.п.

2. Описание работы с семьёй подростка (в период его нахождения в центре социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ) проведенной направляющей организацией в пределах компетенции, как субъекта системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Проблема	Член семьи	Проведённые мероприятия	Результат

Должность, ФИО специалиста направляющей организации:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(подпись)

(Фамилия И.О.)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Печать направляющей организации

(к пункту 3.1 порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

### ПРАВИЛА

#### медицинского отбора и направления, подростков в центр социальной реабилитации подростков склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ (далее – Центр)

1. Медицинская карта заполняется врачом педиатром или врачом подросткового кабинета, с комплексной оценкой состояния здоровья ребёнка.
2. Данные страхового медицинского полиса заполняются врачом и заверяются печатью лечебно – профилактического учреждения.
3. Сведения об отсутствии контакта с инфекционными больными в школе (классе) и по месту жительства, а также данные осмотра на педикулёз и кожные болезни выдаются лечебно-профилактическими учреждениями за 3 дня до заезда в Центр.
4. Подростки должны быть привиты по возрасту и с учётом эпидемиологической ситуации на территории.
5. Подростки, не имеющие перечисленных медицинских документов, или имеющие противопоказания по состоянию здоровья, возвращаются обратно с сопровождающим лицом за счёт направляющей организации. Сведения о неправильном отборе детей направляются в территориальные органы здравоохранения.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ** для направления в Центр являются:

- Все заболевания в остром периоде, хронические в период обострения и в течении шести месяцев после обострения;
- Инфекционные и паразитарные заболевания, в том числе туберкулёз различных органов и систем;
- Заболевания крови, связанные с нарушением свёртываемости;
- Психические заболевания, патологическое развитие личности с расстройством поведения и социальной адаптации, умственной отсталостью, в том числе эпилепсия.
- Врождённые и приобретённые заболевания опорно-двигательного аппарата, при которых ребёнок нуждается в индивидуальном уходе;
- Черепно-мозговая травма и состояния послеоперационного лечения в течении шести месяцев;
- Эндокринные заболевания, при которых подросток нуждается в специфической заместительной терапии;
- Бронхиальная астма, независимо от степени тяжести;
- Эпилепсия (эписиндром), судорожный синдром

Штамп лечебно-профилактического учреждения

### МЕДИЦИНСКАЯ ОБМЕННАЯ КАРТА

подростка, направляемого в центр социальной реабилитации подростков склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Место учёбы \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

Адрес местожительства \_\_\_\_\_

*индекс, почтовый адрес, телефон*

Фамилия, имя, отчество, занятие, место работы, телефон родителей (законных представителей):

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

### МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

Анамнез (данные о травмах, всех перенесенных заболеваниях, в том числе инфекционных, аллергоанамнез) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Настоящая карта заполняется на основании медицинских данных, содержащихся в учетной форме № 112/у "История развития ребенка", учетной форме № 025 - 1/у "Вкладной лист на подростка к медицинской карте", учетной форме № 156/у-93 "Сертификат о профилактических прививках"

Состоит на диспансерном учете (диагноз, с какого времени, дата последнего обострения)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ДАННЫЕ ИЗ СЕРТИФИКАТА О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ**  
(даты проведения прививок)

1. Против кори \_\_\_\_\_
2. Против дифтерии, коклюша, столбняка, краснухи, полиомиелита \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
3. Против эпидемического паротита \_\_\_\_\_
4. Против туберкулеза \_\_\_\_\_
- в том числе реакция Манту \_\_\_\_\_
5. Против инфекционных заболеваний, эндемичных для соответствующих территорий \_\_\_\_\_

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

Физическое развитие \_\_\_\_\_

Нервно-психическое развитие \_\_\_\_\_

Диагноз основной \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Группа здоровья I II III (нужное подчеркнуть)

Режим: общий, щадящий (нужное подчеркнуть)

Медицинская группа для занятий физической культурой:

Основная подготовительная специальная (нужное подчеркнуть)

Рекомендации \_\_\_\_\_

Страховой медицинский полис: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Наименование и адрес лечебно-профилактического учреждения, выдавшего карту \_\_\_\_\_

Должность и фамилия лица, заполняющего карту \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. Врач \_\_\_\_\_

дата заполнения

подпись и личная печать

М.П.

**ОСМОТР НА ПЕДИКУЛЕЗ, КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ**

(заполняется за три дня до заезда в Центр)

Проводилась санитарная обработка (да, нет)

Дата осмотра \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

**ДАННЫЕ ОБ ОТСУТСТВИИ КОНТАКТА С ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЬНЫМИ**  
**ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 НЕДЕЛИ**

(заполняется за три дня до заезда в Центр)

Дата выдачи \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

М.П.

Заполняется в Центре

**ВЫПИСКА ЭПИКРИЗ**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Место учебы \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

Центр социальной реабилитации подростков склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ

Состояние здоровья и перенесённые заболевания во время пребывания в Центре \_\_\_\_\_

Контакт с инфекционными больными \_\_\_\_\_

Эффективность выздоровления \_\_\_\_\_

Масса тела при поступлении \_\_\_\_\_ при выписке \_\_\_\_\_

Динамометрия \_\_\_\_\_

Спирометрия \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. Врач \_\_\_\_\_

дата заполнения

личная подпись, печать

М.П.

(к пункту 3.1 порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

### Согласие гражданина (законного представителя) на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество родителя (законного представителя))

В соответствии с требованием п.1 ст.6 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006г. №152-ФЗ "О персональных данных" даю своё письменное согласие на обработку данных моего ребенка \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

**Оператором КГБУЗ "Перинатальный центр", КГБУЗ "Поликлиника краевой детской клинической больницы", цель обработки: осуществление медицинского лечебно-диагностического процесса.**

**Оператором КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница», цель обработки: получение первичной медико-санитарной помощи (проведение анализа мочи на содержание психоактивных веществ, алкоголя)**

Перечень ПД, на обработку которых даётся согласие гражданина:

- паспортные данные гражданина;
- данные о фактическом месте проживания;
- данные о здоровье гражданина;
- иные данные;

Перечень действий с ПД, на совершение которых дается согласие субъекта ПД:

- сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, передача в другие медицинские учреждения, уничтожение.

Паспорт гражданина \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении (если нет паспорта) серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан органом ЗАГС \_\_\_\_\_

Подпись гражданина \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись оператора \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.



(к пункту 3.1 порядка приёма несовершеннолетних в центр социальной реабилитации подростков, склонных к девиантному поведению и употреблению психоактивных веществ КГАУ КМЦСВиЗ)

**Информированное добровольное согласие  
на виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень  
определённых видов медицинских вмешательств**

Я, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. родителя( законного представителя)*

\_\_\_\_\_  
*дата рождения (число, месяц, год)*  
Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
*адрес родителя (законного представителя)*

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённой приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012г. №24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании моему ребёнку, лицу, чьим законным представителем, я являюсь

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает родитель (законный представитель)*

\_\_\_\_\_  
*дата рождения (число, месяц, год)*  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
*адрес ребенка, от имени которого выступает законный представитель*

первичной медико-санитарной помощи в \_\_\_\_\_,  
*наименование медицинской организации*

медицинским работником \_\_\_\_\_,  
*должность, Ф.И.О. медицинского работника*

я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребёнку, чьим законным представителем я являюсь

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи*

\_\_\_\_\_  
*Подпись* \_\_\_\_\_ *Ф.И.О. родителя, иного законного представителя*

\_\_\_\_\_  
*Подпись* \_\_\_\_\_ *Ф.И.О. медицинского работника*

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.  
*Дата оформления информированного добровольного согласия*