

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ И ОБУЧАЮЩИМИСЯ И (ИЛИ) РОДИТЕЛЯМИ (ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ) НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБУЧАЮЩИХСЯ.

1. По заявлению родителей (законных представителей) (Приложений №1) заключают с учреждением договор об образовании и оказании ППМС помощи на курс коррекционно-развивающего сопровождения (приложение №2) или договор оказания ППМС помощи на курс коррекционно-развивающих занятий (приложение №3). Договор оформляется в двух экземплярах, один экземпляр хранится в учреждении, другой выдается родителям (законным представителям). При заключении договора заявитель предъявляет паспорт или другие документы, подтверждающие статус законного представителя ребенка.
2. Центр при зачислении обучающегося, отчисленного из исходной организации, в течение двух рабочих дней с даты издания приказа о зачислении обучающегося письменно уведомляет исходную организацию о номере и дате приказа о зачислении (приложение 3).
3. При приеме ребенка в Центр родитель (законный представитель) знакомится с нормативно-правовыми документами Центра - Уставом, Лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательной (ыми) программой (ами) и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся (ст.55 ФЗ от 29 декабря 2012г. №273-ФЗ «Об Образовании в Российской Федерации»). Факт ознакомления родителей (законных представителей), в том числе через информационную систему с нормативными и правоустанавливающими документами фиксируется в заявлении о зачислении ребёнка в учреждение и заверяется личной подписью родителей (законных представителей). Подписью родителей (законных представителей) обучающегося фиксируется информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку их персональных данных и персональных данных ребёнка, в порядке, установленном законодательством.
4. Прием детей в Центр осуществляется с целью:
 - предоставления психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, адаптированных основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации;
 - осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам начального общего образования;
 - осуществления образовательной деятельности по адаптированным основным общеобразовательным программам начального общего образования;
5. Государственная услуга предоставляется бесплатно.
6. Основаниями для отказа в приеме в Центр выступают:
 - отсутствие полного пакета надлежаще оформленных документов, необходимых для предоставления государственной услуги;
 - предоставление документов, оформленных с нарушением требований законодательства РФ или утративших силу документов;
 - несоответствие сведений из документа, удостоверяющего личность получателя услуги, сведениям о получателе услуги в представленном пакете документе;
 - несоответствие статуса заявителя на получение услуги (наличие у заявителя медицинских или возрастных противопоказаний к освоению основных общеобразовательных программ соответствующего уровня и направленности);
 - отсутствие свободных мест в Центре;
 - медицинские показания (в случае если ребенок находится в стадии заболевания, либо обострения хронических заболеваний).

7. Количество мест для приема определяется исходя из норм предельной численности контингента, устанавливаемых государственным заданием, а также условий, созданных для осуществления образовательного процесса с учетом санитарных норм и штатных возможностей Центра

8. Документация при поступлении в Центр.

8.1. Для получения государственной услуги заявителем предоставляются следующие документы, которые формируются в личное дело обучающегося/воспитанника:

- письменное заявление одного из родителей (законных представителей) несовершеннолетнего получателя услуги;
- заключение ПМПК ;
- медицинская справка ф.079/у (оформляется участковым врачом-педиатром **не позднее дня заезда!**) с анализами: кал на я/г + соскоб на энтеробиоз;
- справка об эпид.окружении за 3 дня до отъезда (от школы и по месту жительства);
- сведения о прививках по возрасту:
 - *Детям до 15 лет реакция Манту не более 1 года или R-лёгких;
 - *Детям старше 15 лет- результаты флюорографии + р.Манту (или Диаскин-тест)
- свидетельство о рождении ребенка (копия);
- медицинская карта ребенка;
- копия личного дела обучающегося;
- педагогическая характеристика из образовательной организации;
- копия постановления об установлении опеки (для детей из опекаемых семей);
- копии ИПРА, справки МСЭ (при наличии инвалидности).
- родители, имеющие детей-инвалидов при приёме должны иметь копию справки об инвалидности и амбулаторную карту для врача;
- страховой мед.полис (копия);

По мере пребывания обучающегося в Центре личное дело дополняется следующими документами:

- представления специалистов Центра (психолога, логопеда, дефектолога);
- педагогическая характеристика Центра;
- индивидуальная программа коррекционно-развивающей работы;

9. По окончании срока сопровождения в Центре обучающимся выдаётся пакет документов, включающий: рекомендации специалистов по дальнейшей работе с обучающимся, характеристику, ведомость текущих отметок успеваемости.

10. Обучающиеся могут оставить Центр по следующим причинам:

- заявление родителей (законных представителей);
- выявившаяся невозможность дальнейшего обучения в Центре по заключению врачебной комиссии;
- другие случаи, не противоречащие законодательству РФ.

11. Посещение обучающихся/воспитанников родителями (законными представителями) разрешено в выходной день с 8.00 до 17.00.

12. Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь оказывается в следующих формах:

- курс коррекционно-развивающего сопровождения – реализуется согласно плана- графика (с круглосуточным проживанием в учреждении);
- курс коррекционно-развивающих занятий – реализуется согласно срокам коррекционно-развивающих программ (без проживания в учреждении) в течение всего учебного года на освободившиеся места.

13. Проведение курса коррекционно-развивающего сопровождения и курса коррекционно-развивающих занятий осуществляется на основании протокола психолого- педагогической консилиума учреждения.

14. Родители (законные представители) заключают с учреждением договор об образовании и оказании ППМС помощи на курс коррекционно-развивающего сопровождения (приложение №2) или договор оказания ППМС помощи на курс коррекционно-развивающих занятий (приложение №3). Договор оформляется в двух экземплярах, один экземпляр хранится в учреждении, другой выдается родителям (законным представителям). При заключении договора заявитель предъявляет паспорт или другие документы, подтверждающие статус законного представителя ребенка.

15. При поступлении на курс коррекционно-развивающих занятий согласно срокам коррекционно-развивающих программ (без проживания в учреждении) необходимо иметь:

- заключение ПМПК (копия) об установлении статуса ребёнка с ограниченными возможностями здоровья;
- свидетельство о рождении (копия); детям старше 14 лет - паспорт

Приложение 1

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

Директору ОГБОУ «Центр ППМС
«Центр патологии речи»

Колесниковой Елене Анатольевне

от _____

Ф.И.О полностью родителей(законных представителей)

Тел _____

Я, _____

(Ф.И.О. совершеннолетнего, заключающего договор от своего имени, или Ф.И.О. родителя (законного представителя) несовершеннолетнего или наименование организации, предприятия, с указанием Ф.И.О, должности лица, действующего от имени юридического лица), действующий(ая) в интересах:

(ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения, адрес места жительства)

прошу предоставить мне государственную услугу:

- организация предоставления общего образования по адаптированным основным общеобразовательным программам начального общего образования;
- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- коррекционно-развивающая, компенсирующая и логопедическая помощь обучающимся;
- содержание.

Даю согласие, в случае необходимости, на проведение дополнительной диагностики уровня освоения программ и психолого-педагогической диагностики.

С лицензией на осуществление образовательной деятельности и Уставом ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» ознакомлен.

_____/_____
Подпись родителя (законного представителя) расшифровка подписи

**ДОГОВОР № _____ об образовании и оказании ППМС помощи
(курс коррекционно-развивающего сопровождения)**

г. Димитровград

« _____ » _____ 20 ____ г.

Областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Колесниковой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и

(Ф.И.О. «Заказчика»)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» («законный представитель»), с другой стороны, действующий в интересах своего ребенка _____, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора.

- 1.1. Предметом настоящего договора является реализация права в соответствии со ст.42 Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29.12.2012 г. на *психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации*, оказываемые специалистами Исполнителя на безвозмездной основе.
- 1.2. Ребенок зачисляется в Центр приказом директора по факту заключения настоящего договора, на основании письменного заявления родителей, законных представителей, лиц, их заменяющих.

2. Обязанности и права Исполнителя.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать следующие виды государственных услуг:

- реализация адаптированных основных общеобразовательных программ начального общего образования;
- коррекционно-развивающая, компенсирующая и логопедическая помощь обучающимся;
- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- содержание детей.

2.1.2. Осуществлять реализацию ООП НОО для учащихся начального звена и использовать форму самообразования для учащегося среднего и старшего звена (ФЗ «Об образовании в РФ» ст.17 п.1)

2.1.3. Осуществлять доврачебную медицинскую помощь по:

- медицинскому массажу;
- сестринскому делу в педиатрии;
- физиотерапии.

2.1.4. Осуществлять первичную врачебную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии.

2.1.5. Предоставить в пользование ребёнка учебную, оздоровительную, культурно-спортивную базу Центра ППМС.

2.1.6. Реализация дополнительной программы воспитания.

2.1.7. Гарантировать защиту прав и свобод личности ребенка (124-ФЗ РФ).

2.1.8. Нести ответственность за жизнь и здоровье ребёнка во время прохождения курса психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, в течение курса коррекционно-развивающего сопровождения (24 дней круглосуточного пребывания) (ст. 41, п.1,4 ФЗ-273 от 29.12.2012г Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации).

2.1.9. Соблюдать режим работы Центра ППМС (режим дня, учебные и воспитательные коррекционно- развивающие мероприятия) в соответствии с действующим Положением и СанПин.

2.1.10. Обеспечить ребёнка, прибывшего в Центр ППМС для прохождения курса коррекционно-развивающего сопровождения жилой комнатой, питанием, комплексом услуг (ФЗ-273 от 29.12.2012г. ст. 79 п.7 Закон об образовании в Российской Федерации)

2.1.11. Информировать Родителей (законных представителей) по всем вопросам, связанным с пребыванием ребёнка в Центре ППМС.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1 Самостоятельно определять индивидуальную программу коррекционно-развивающей работы.

2.2.2. В соответствии с положением о приеме в Центр ППМС отчисление ребёнка производится приказом директора на основании заявления Родителей (законных представителей) и согласно протокола ПМПк ОГБОУ Центре ППМС «Центр патологии речи».

3. Обязанности и права Заказчика (родитель, законный представитель).

3.1. Заказчик (родитель, законный представитель) обязуется:

3.1.1. Обеспечить доставку ребенка за свой счет до ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» в день заезда, а так же обеспечить отъезд ребенка в день окончания курса коррекционно-развивающего сопровождения с 8-00 до 12-00, с подписанием акта приемки-сдачи к договору.

3.1.2. Предоставлять полную и достоверную информацию и необходимые документы, запрашиваемые специалистами Исполнителя, как при заключении настоящего Договора, так и в процессе его исполнения.

3.1.3. Соблюдать рекомендации педагогов, связанные с развитием, воспитанием и обучением; своевременно и в полном объеме закреплять умения и навыки, полученные ребенком на занятиях

3.2. Заказчик (родитель, законный представитель) имеет право:

3.2.1. Получать информацию по всем вопросам, связанным с психолого-педагогической, медицинской и социальной помощью, коррекционно-развивающей и оздоровительной работой с обучающимся.

3.2.2. Участвовать в управлении Учреждения в соответствии с Уставом и Положением о родительском комитете.

3.2.3. Обращаться к Исполнителю по вопросам разрешения возникающих конфликтов в процессе обучения ребенка.

4. Срок действия договора

4.1. Настоящий договор действует с _____ 201__ г. по _____ 201__ г.

5. Ответственность сторон

5.1 Стороны несут ответственность за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору.

6. Особые условия.

6.1. При заболевании ребёнка препятствующего дальнейшему пребыванию в Центре ППМС, ребёнка госпитализируют в городскую больницу города Димитровграда по направлению врача. О необходимости госпитализации решение принимает врач Центра ППМС с последующим предупреждением Родителя (законного представителя).

6.2. Центр ППМС не несет ответственность за сохранность денежных средств, мобильных телефонов и иных ценных вещей ребенка, хранящихся в личных вещах.

6.3. Я, _____ даю согласие на размещение фото и видеоматериалов моего ребенка с целью освещения системы работы на сайте: www.logo-center.dimitrovgrad.info и vk.com/club89969785 ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи».

6.4. Досрочный отъезд возможен на основании заявления Родителя (законного представителя).

7. Заключительные условия

7.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.2. Исправления и дописки текста данного Договора недопустимы.

7.3. Ни одна из Сторон не вправе передавать третьей Стороне свои права и обязанности по настоящему Договору без письменного согласия другой Стороны.

7.4. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения принятых на себя сторонами обязательств по настоящему договору.

8. Реквизиты сторон

Исполнитель:

ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи»

433507, Ульяновская обл., г. Димитровград,
ул. Театральная, д. 5

ИНН 7302017780 КПП 730201001

Министерство финансов Ульяновской области
(ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи»
л/сч 20273136723) (ОГБОУ «Центр ППМС
«Центр патологии речи»)

р/с № 40601810573084000001

Отделение Ульяновск

г. Ульяновск **БИК** 047308001

тел./факс: 3-92-59 e-mail: kou2pat@mail.ru

Заказчик (родитель, законный представитель):

Ф.И.О: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Адрес: _____

Тел.: _____

Директор

_____ **Е.А. Колесникова**

_____ (Ф.И.О.)

ДОГОВОР № _____ об образовании и оказании ППМС помощи (курс коррекционно-развивающих занятий)

г. Димитровград

« _____ » _____ 20 ____ г.

Областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Колесниковой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и

(Ф.И.О. «Заказчика»)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» («законный представитель»), с другой стороны, действующий в интересах своего ребенка _____

, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора.

1.1. Предметом настоящего договора является реализация права в соответствии со ст.42 Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29.12.2012 г. на *психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации*, оказываемые специалистами Исполнителя на безвозмездной основе.

1.2. По настоящему договору в соответствии со ст. 42 Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29.12.2012 г. Заказчик поручает, а Исполнитель берет на себя обязательство по оказанию услуги согласно Приложению №1 настоящего договора.

1.3. Зачислить ребенка на курс коррекционно-развивающих занятий, без питания, без сна, без оплаты.

1.4. Ребенок зачисляется в Центр приказом директора по факту заключения настоящего договора, на основании письменного заявления родителей, законных представителей, лиц, их заменяющих.

2. Обязанности и права Исполнителя.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать следующие виды деятельности:

- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- коррекционно-развивающая, компенсирующая и логопедическая помощь обучающимся;

2.1.2. Предоставить в пользование ребёнка учебную базу Центра ППМС.

2.1.3. Гарантировать защиту прав и свобод личности ребенка (124-ФЗ РФ).

2.1.4. Нести ответственность за жизнь и здоровье ребёнка во время прохождения курса коррекционно-развивающих занятий (ст. 41, п.1,4 ФЗ-273 от 29.12.2012г. Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации»).

2.1.5. Соблюдать режим работы Центра ППМС (режим дня, учебные и воспитательные коррекционно-развивающие мероприятия) в соответствии с действующим СанПин.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определять индивидуальную программу коррекционно-развивающей работы.

3. Обязанности и права Заказчика (родитель, законный представитель).

3.1. Заказчик (родитель, законный представитель) обязуется:

3.1.1. Предоставлять полную и достоверную информацию и необходимые документы, запрашиваемые специалистами Исполнителя, как при заключении настоящего Договора, так и в процессе его исполнения.

3.1.2. Соблюдать рекомендации педагогов, связанные с развитием, воспитанием и обучением; своевременно и в полном объеме закреплять умения и навыки, полученные ребенком на занятиях

3.1.3. Посещать курсы коррекционно-развивающих занятий согласно расписания (приходить на занятие за 15 минут до начала).

3.2. Заказчик (родитель, законный представитель) имеет право:

3.2.1. Получать информацию по всем вопросам, связанным с коррекционно-развивающей работой с обучающимся.

3.2.2. Обращаться к Исполнителю по вопросам разрешения возникающих конфликтов в процессе обучения Ребенка.

4. Ответственность сторон

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору.

5. Особые условия.

5.1. В случае причинения ребенком вреда имуществу Центра ППМС, причиненный вред возмещается Родителем (законным представителем) в полном объеме согласно ст.1073, 1074 ГК РФ. Оценка ущерба производится комиссией с ознакомлением Родителя (законного представителя).

5.2. Я, _____ даю согласие на размещение фото и видеоматериалов моего ребенка с целью освещения системы работы на сайте: www.logo-center.dimitrovgrad.info и vk.com/club89969785 ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи», а также обработку персональных данных моих и моего ребенка.

6. Заключительные условия

- 6.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 6.2. Исправления и дописки текста данного Договора недопустимы.
- 6.3. Ни одна из Сторон не вправе передавать третьей Стороне свои права и обязанности по настоящему Договору без письменного согласия другой Стороны.
- 6.4. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения принятых на себя сторонами обязательств по настоящему договору.

7. Реквизиты сторон.

Исполнитель:

ОГБОУ «Центр ППМС

«Центр патологии речи»

433507, Ульяновская обл.,

г. Димитровград,

ул. Театральная, д. 5

ИНН 7302017780 КПП 730201001

Министерство финансов Ульяновской области

(ОГБОУ «Центр ППМС

«Центр патологии речи»

л/сч 20273136723)

(ОГБОУ «Центр ППМС

«Центр патологии речи»)

р/с № 40601810573084000001

Отделение Ульяновск

г. Ульяновск **БИК** 047308001

тел./факс: 3-92-59

e-mail: kou2pat@mail.ru

Директор

Е.А. Колесникова

Заказчик (родитель, законный представитель):

Ф.И.О: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Адрес: _____

Тел.: _____

_____ (Ф.И.О.)

СОГЛАСИЕ **на обработку персональных данных**

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

проживающий по адресу (регистрация) _____ паспорт
№ _____, выдан _____

являясь родителем (законным представителем) _____
(далее — ребенка), в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку наименования организации (далее – Оператор), расположенному по адресу: Ульяновская область, г. Димитровград, ул. Театральная, 5, персональных данных ребенка и своих персональных данных.

Согласие дается мною для целей обеспечения оказания Оператором образовательных услуг в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», обеспечения оказания в электронном виде государственных и муниципальных услуг в сфере образования на территории Ульяновской области в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2010 N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг" и Распоряжения Правительства Российской Федерации от 17.12.2009 № 1993-р.

Настоящее согласие распространяется на следующую информацию: ФИО; Дата рождения; Место рождения; Пол; СНИЛС; Гражданство; Реквизиты свидетельства о рождении: серия и номер, дата выдачи, кем выдан; Реквизиты документа, удостоверяющего личность: тип документа, серия и номер, дата и место выдачи, кем выдан; Адрес регистрации по месту жительства; Адрес регистрации по месту пребывания; Адрес фактического места жительства; Информация о трудной жизненной ситуации; Родители (или иные законные представители): Мать: ФИО, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность. Отец: ФИО, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность. Законный представитель (не являющийся родителем): тип законного представителя, ФИО, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, документ, удостоверяющий положение законного представителя по отношению к ребенку; Информация о здоровье: Инвалидность: группа инвалидности.; Наличие потребности в адаптированной программе обучения; Наличие потребности в длительном лечении; Участие в мероприятиях (конкурсах и т.д.): название мероприятия, статус мероприятия, дата участия, результаты участия, присвоены разряды (звания); Прочие достижения. Результаты обучения по основным общеобразовательным программам: Организация образования субъекта Российской Федерации; Заявление о приеме; Зачисление; Дата зачисления; Реквизиты распорядительного акта о зачислении.

До моего сведения доведена информация, что Оператор принимает необходимые и достаточные технические и организационные меры для защиты персональных данных ребенка и моих персональных данных от неправомерного или случайного доступа, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения, а также от иных неправомерных действий с ними со стороны третьих лиц. Согласие предоставляется на осуществление действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая передачу в муниципальный орган управления образованием и Министерство образования и науки Ульяновской области, в Федеральный сегмент единой межведомственной системы учета контингента обучающихся в целях обеспечения оказания в электронном виде услуг в сфере образования через региональный портал государственных услуг, в статистических или иных исследовательских целях, направленных на повышение качества образования. Даю согласие на размещение фото и видеоматериалов моего ребенка с целью показа системы работы на сайте: www.logo-center.dimitrovgrad.info и vk.com/club89969785 ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи».

Настоящее согласие действует с «___» _____ 201__ г.

подпись лица, давшего согласие

Ф.И.О

Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: ,паспорт: _____ № _____, выдан: _____

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

1. Даю информированное добровольное согласие на вид 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого являюсь, в областном государственном бюджетном образовательном учреждении «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи», действующем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-73-01-001777 от 14.04.2017 года.

Колесниковой Еленой Анатольевной- директором ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724, 2012, № 26, ст. 3442,3446).

2. Я извещен (а) о том, что мне (представляемому) необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств, если нет пробы «ТВС реакция Манту» (больше 1 года), не возражаю от дополнительного обследования R-легких.

3. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальное непереносимости лекарственных препаратов/обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторов физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о применяемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных подопечного в ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи». Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего подопечного.

(подпись)

(ФИО гражданина или законного представителя)

Е.А.Колесникова

(подпись)

(директор учреждения)

Акт приемки –сдачи

к договору об образовании и оказании ППМС помощи № _____ от « ____ » _____ 20__ г

г. Димитровград

« ____ » _____ 20__ года

Наименование услуг:

- организация предоставления общего образования по адаптированным основным общеобразовательным программам начального общего образования;
- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- коррекционно-развивающая, компенсирующая и логопедическая помощь обучающимся;
- содержание.

Родитель (законный представитель) _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий от своего имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка

далее «Ребенок» с одной стороны, и Областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи» (далее Центр ППМС), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Колесниковой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, составили настоящий акт о том, что:

1. Исполнитель выполнил все работы (оказал услуги), предусмотренные договором № _____ от « ____ » _____ 20__ г . в полном объеме.
2. Замечаний по качеству выполненных Исполнителем работ(услуг) не имеется.

Настоящий акт составлен в 2-х (двух) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика.

Исполнитель:

Заказчик:

Директор
_____ Е.А.Колесникова

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

Акт приемки –сдачи

к договору оказания ППМС помощи № ____ от « ____ » _____ 20__ г

г. Димитровград

« ____ » _____ 20__ года

Наименование услуг:

- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- коррекционно-развивающая, компенсирующая и логопедическая помощь обучающимся

Родитель (законный представитель) _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий от своего имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка

далее «Ребенок» с одной стороны, и Областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи» (далее Центр ППМС), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Колесниковой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, составили настоящий акт о том, что:

3. Исполнитель выполнил все работы (оказал услуги), предусмотренные договором № ____ от « ____ » _____ 20__ г . в полном объеме.
4. Замечаний по качеству выполненных Исполнителем работ(услуг) не имеется.

Настоящий акт составлен в 2-х (двух) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика.

Исполнитель:

Заказчик:

Директор
_____ Е.А.Колесникова

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

Акт приема –передачи ребенка

по окончанию курса психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи

г. Димитровград

«__» _____ 20__ года

Областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Колесниковой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(Ф.И.О. должность, ОО и МО)

именуемый(ая) в дальнейшем «сопровождающее лицо», с другой стороны, действующего в интересах ребенка

г.р., заключили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется передать, а сопровождающее лицо принять данного ребенка для сопровождения до места проживания.
2. Ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка возлагаю на себя, претензий не имею (согласно ст. 63 Семейного кодекса РФ).

Исполнитель:

**ОГБОУ «Центр ППМС
«Центр патологии речи»**
433507, Ульяновская обл.,
г. Димитровград, ул. Театральная, д. 5
ИНН 7302017780 КПП 730201001
Министерство финансов Ульяновской
области
(ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии
речи»
л/сч 20273136723)
(ОГБОУ «Центр ППМС
«Центр патологии речи»)
р/с № 40601810573084000001
Отделение Ульяновск
г. Ульяновск **БИК 047308001**
тел./факс: 3-92-59
e-mail: kou2pat@mail.ru

Сопровождающее лицо:

Ф.И.О: _____
Документ, удостоверяющий личность:
Паспорт

Адрес:

Телефон: _____

Директор _____ Е.А. Колесникова

(Ф.И.О.)

(подпись)

Приложение

Директору ОГБОУ «Центр ППМС
«Центр патологии речи»

Колесниковой Елене Анатольевне

от _____

Ф.И.О полностью

Тел _____

Заявление № _____

От « _____ » _____ 20 ____

Прошу Вашего разрешения забрать моего ребенка _____

фамилия имя, дата рождения ребёнка

по семейным обстоятельствам.

Ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка возлагаю на себя, претензий не имею (согласно ст. 63 Семейного кодекса РФ).

_____/_____
Подпись родителя (законного представителя) расшифровка подписи