**ПОЛОЖЕНИЕ**

**о проведении краевого профильного лагеря «Летняя детская творческая дача»**

1. Общие положения

1.1. Краевой профильный лагерь «Летняя детская творческая дача» (далее – ЛДТД) является мероприятием краевой общественной организации АКОО «Клуб Учитель года Алтая». Данное мероприятие организовано по совместному плану работы АКОО Клуб «Учитель года Алтая» и Министерства образования и науки Алтайского края. В рамках Детской Творческой Дачи будет реализована программа «Радуга Талантов», посвященная году волонтёрства в России.

Программа Летней детской творческой дачи позволит детям открыть в себе новые таланты и реализовать новые проекты.

С 6 июля «Летняя детская творческая дача 2018» будет встречать педагогов Алтайского края в рамках реализации нового проекта «Дача для Дачи», где участники «Творческой дачи» педагогов Алтайского края проведут для детей профильной смены увлекательные уроки, мастер-классы на открытом воздухе. Так же, с целью профориентации и повышения престижа профессии педагога пройдет встреча с ведущими педагогами АлтГПУ.

1.2. Положение о проведении краевого профильного лагеря «ЛДТД», (далее – Положение), определяет цель, задачи, порядок проведения профильного лагеря и требования, предъявляемые к его участникам. Изменения в Положение вносятся по решению организаторов профильного лагеря.

1.3. Организаторами являются: Министерство образования и науки Алтайского края; Краевое государственное бюджетное учреждение дополнительного образования «Алтайский краевой центр детского отдыха, туризма и краеведения «Алтай

2. Цель и задачи

2.1. Профильный лагерь организован с целью создания благоприятных условий для отдыха, оздоровления детей, развитие их личностного потенциала, содействие формированию краеведческой культуры, гражданско-общественной и коммуникативной культуры, через включение их в разнообразную общественно-значимую и личностно-привлекательную деятельность в разновозрастном коллективе.

2.2. Задачи игры:

* Духовно-психическое и физическое оздоровление участников программы.Психологическая разгрузка. Снятие психо-эмоционального напряжения.
* Приобретение новых знаний и умений, применение на практике знаний, полученных ранее, повышение общей эрудиции, развитие творческого потенциала ребёнка.
* Приобретение подростками социально-значимого опыта, направленного на определение перспектив собственного развития.
* Личностный рост каждого участника программы в сравнении с самим собой.
* Реализация ключевого проекта смены "Радуга талантов"

3. Организация профильного лагеря

3.1 Общее руководство проведением профильного лагеря осуществляет Министерство образования и науки Алтайского края.

3.2 Организацию и проведение профильного лагеря краевое государственное бюджетное учреждение дополнительного образования «Алтайский краевой центр детского отдыха, туризма и краеведения «Алтай» (далее – КГБУ ДО «АКЦДОТиК «Алтай»).

3.3. Сроки проведения профильного лагеря с 29 июня по 07 июля 2018 года.

4. Требования к участию в профильном лагере

4.1. Участниками профильного лагеря дети и подростки, проживающие на территории Алтайского края с 11 до 17 лет. Возраст участников определяется на момент даты проведения профильного лагеря.

4.2. Количественный состав делегации включает от 3 до 15 человек и 1 руководитель, участник АКОО «Клуб Учитель года Алтая»

4.3. В день заезда в профильный лагерь руководитель команды предоставляет организаторам:

- приказ о возложении ответственности за жизнь и здоровье несовершеннолетних членов команды;

- заявление родителей (опекунов, попечителей) несовершеннолетних членов команды о зачислении на смену (Приложение 1)

- согласие на обработку персональных данных каждого члена команды (Приложение 2)

- справка 079/У для летнего оздоровительного лагеря на каждого участника команды;

- копии паспортов (свидетельство о рождении) всех членов команды;

- страховой медицинский полис обязательного страхования граждан – на каждого участника;

- страховка от укуса клеща или справка о наличии прививки;

- справка об отсутствии контакта с инфекционными больными;

- копия прививочного сертификата или выписка с прививками заверенная педиатром;

- согласие на медицинское обслуживание (Приложение 3 к настоящему Положению); -

-личная медицинская книжка (для руководителей).

5. Конкурсный блок программа профильного лагеря

5.1. Виды конкурсов и соревнований:

- конкурс «Визитная карточка»

- Дельфийские У-дачные игры, участники в домашних условиях лично готовят номера художественной самодеятельности

- Малые олимпийские игры

- конкурс проектов «Социальный ролик», проводится во время профильной смены

- 5.2. Изменения в конкурсный блок профильного лагеря вносятся по решению организаторов.

6. Награждение победителей профильного лагеря

6.1. Победители и призеры профильного лагеря определяются суммой набранных баллов организаторами.

6.2. Командный зачет. Победитель и призеры определяются по наименьшей сумме мест, занятых командой в соревнованиях и конкурсах. Команда, не участвующая в каком-либо соревновании или конкурсе, занимает места после команд, которые приняли участия во всех соревнованиях и конкурсах. При равной сумме мест преимущество отдается команде, имеющей наибольшее количество первых мест в отдельных видах. Победители награждаются дипломами, кубками и медалями.

7. Финансовые условия проведения

8.1. Расходы по проведения профильного лагеря осуществляются за счет средств краевого бюджета.

Приложение 1

Директору КГБУ ДО АКЦДОТиК «Алтай»

Молчановой Н.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество одного из законных представителей)

зарегистрированного(ой) по месту жительства

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

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

контактные телефоны:

8\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

(число, месяц год)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ смену КДООЛ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С Уставом учреждения, свидетельством об аккредитации, лицензией учреждения, режимом работы ознакомлен (а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись родителей (законных представителей)

К заявлению прилагаю:

- медицинскую справку о состоянии здоровья;

- копию свидетельства о рождении;

Мать (отец) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)

Директору КГБУ ДО АКЦДОТиК «Алтай»

Молчановой Н.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество одного из законных представителей)

зарегистрированного(ой) по месту жительства

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

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

контактные телефоны:

8 ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отчислить моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, (число, месяц год)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ смены КДООЛ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С Уставом учреждения, свидетельством об аккредитации, лицензией учреждения, режимом работы ознакомлен (а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись родителей (законных представителей)

К заявлению прилагаю:

- медицинскую справку о состоянии здоровья;

- копию свидетельства о рождении;

Мать (отец) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)

Приложение 2

**Согласие на обработку персональных данных**

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

( ф.и.о. родителя ( опекуна))

Проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных своего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес проживания, паспортные (св-во о рождении) данные)

настоящим выражаю своё согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу) - Министерству образования и науки Алтайского края и КГБУ ДО "АКЦДОТиК" Алтай" и его представителями персональных данных переданных мною, полученных КГБУ ДО "АКЦДОТиК" Алтай" с моего письменного согласия:

* фамилия, имя, отчество;
* дата и место рождения;
* паспорт / свидетельство о рождении (номер, дата выдачи, кем выдан);
* адрес места жительства (по паспорту, фактический), дата регистрации по месту жительства;
* номер телефона (домашний, сотовый);
* дополнительные сведения, представленные мною по собственному желанию необходимые в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Обработка (на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом) КГБУ ДО "АКЦДОТиК" Алтай" моих персональных данных должна осуществляться в соответствии с требованиями *Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «*[*О персональных данных*](http://dogovor-urist.ru/законы/закон_о_персональных_данных/)*»*, [главы 14 Трудового кодекса РФ](http://dogovor-urist.ru/кодексы/трудовой_кодекс/глава_14/), *Положением «Об обработке и защите персональных данных»*.

Срок действия настоящего согласия с КГБУ ДО "АКЦДОТиК" Алтай" начинается с даты подписания и заканчивается в соответствии с требованиями Положения «Об обработке и защите персональных данных» КГБУ ДО "АКЦДОТиК" Алтай".

Настоящее согласие может быть отозвано представленным письменным заявлением начальнику отдела кадров Положением «Об обработке и защите персональных данных» КГБУ ДО "АКЦДОТиК" Алтай"

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Приложение 3

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

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

*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. №390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082)

(далее- Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*адрес ребенка, лица, 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 согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного и нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

*Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

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

*Подпись, Ф.И.О. медицинского работника*

*«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* г*.*

*Дата оформления информированного добровольного согласия*