

АВТОБИОГРАФИЯ

Составляется в свободной форме, собственноручно, без ошибок, с обязательным освещением следующих вопросов:

1. Указать правильно свои фамилию, имя, отчество, число, месяц и год рождения, где родился, учился, сколько классов окончил.
2. Краткие сведения о ближайших родственниках (отец, мать, брат и сестра), указать их фамилии, имена, отчества, год и месяц рождения, место проживания, чем занимаются в данное время и с какого времени проживают в данной местности.
3. Имеются ли родственники за границей и кто из них был осужден, где, когда, за что и меру наказания. Если из родственников есть инвалиды, указать группу.

Автобиография

Я, Иванов Иван Иванович, родился 1 марта 2006 года в городе Феодосии, русский.

В 2013 году я пошел в первый класс МОУ гимназия № 9, где заканчиваю 9 класс. Мои любимые предметы в гимназии - математика, русский язык и физкультура.

В свободное время занимаюсь плаванием, легкой атлетикой, рукопашным боем. Имею 2 спортивный разряд по шахматам. Неоднократно выступал на соревнованиях.

Со своими родителями, друзьями я хожу в походы, на различные экскурсии.

С уважением отношусь к людям, которые служат в силовых структурах России, смотрю фильмы и передачи о них. Я горжусь тем, что мой прадедушка воевал и имеет боевые награды.

Самая главная моя мечта - поступить в Крымский кадетский корпус, в дальнейшем закончить образовательное учреждение силового министерства или ведомства и стать офицером Вооруженных сил (полиции, МЧС, ФСБ и т.д. Российской Федерации).

В настоящее время я зарегистрирован по адресу: город Феодосия, проспект Ленина, дом 10, кв.62. Проживаю совместно с родителями и братом.

Мои ближайшие родственники:

отец - Иванов Иван Петрович, родился 18 июля 1972 года, в городе Феодосии, работает водителем завода имени Калинина города Феодосии.

Зарегистрирован и проживает по адресу: город Феодосия, проспект Ленина, дом 10, кв.62.

мать - Иванова (девичья Донцова) Лидия Петровна, родилась 25 июня 1973 года в городе Каменск-Уральском Свердловской области, домохозяйка.

Зарегистрирована и проживает по адресу: город Феодосия, проспект Ленина, дом 10, кв.62.

брат - Иванов Евгений Иванович, родился 4 июня 1997 года в городе Феодосия, временно не работает.

Зарегистрирован и проживает по адресу: город Феодосия, проспект Ленина, дом 10, кв.62.

14 мая 2021 г.

(подпись) Иванов И.И.

Директору ГБОУ РК «КШИ
«Крымский кадетский корпус»

_____,
(фамилия, имя, отчество кандидата)
проживающего по адресу _____

(адрес места проживания)
учащегося « ____ » класса _____

(наименование общеобразовательного учреждения)
Контактный тел. _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас допустить меня к сдаче конкурсных вступительных испытаний в Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение Республики Крым «Кадетская школа-интернат «Крымский кадетский корпус».

С Правилами приема в корпус ознакомлен.

Изучал иностранный язык - _____ (указать изучаемый язык).

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /

Директору ГБОУ РК «КШИ Крымский кадетский корпус»

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))
проживающего по адресу: _____

(полный адрес

места проживания)

Тел. для связи: _____

E-mail: _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас допустить моего сына _____,
родившегося « ____ » _____ 20 ____ г., к сдаче конкурсных вступительных
испытаний в Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение
Республики Крым «Кадетская школа-интернат «Крымский кадетский корпус».

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со
свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными
программами и другими документами, регламентирующими организацию и
осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся
ознакомлен.

Мой сын имеет право преимущественного приема как _____

(заполняется при наличии)

Указанные адрес, телефон и E-mail верны. В случае изменения данных
обязуюсь в кратчайший срок сообщить в ГБОУ РК «КШИ «ККК».

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____/_____/_____
(подпись, фамилия, инициалы подавшего заявление)

СОГЛАСИЕ
на сбор и обработку персональных данных для поступления

1. Я, _____
(Ф.И.О.)

паспорт: серия _____ № _____
кем выдан _____
от _____ 201 ____ г.
Зарегистрирован по адресу: _____

даю свое согласие Государственному бюджетному общеобразовательному учреждению Республики Крым «Кадетская школа-интернат «Крымский кадетский корпус» на сбор и обработку своих персональных данных.

2. В соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» даю согласие на обработку следующих своих персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; дата регистрации по месту жительства; контактный телефон; адрес электронной почты; контактный адрес; серия и номер паспорта (свидетельства о рождении), сведения о дате его выдаче и о выдавшем его органе; антропометрические данные, сведения о состоянии своего здоровья.

3. Перечень действий с персональными данными, на которые я даю согласие: сбор; систематизация; хранение; использование; обновление; изменение; передача; накопление; уничтожение в соответствии с действующим законодательством.

« ____ » _____ 202 ____ г. _____
подпись Ф.И.О.

СОГЛАСИЕ

законного представителя
на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Я, _____
проживающий по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____

являюсь законным представителем несовершеннолетнего

Ф.И.О. _____

на основании ст. 64 п.1 Семейного кодекса РФ¹.

Настоящим даю свое согласие на обработку приемной комиссией ГБОУ РК «КШИ «Крымский кадетский корпус» (далее – Оператор) персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (кандидата на обучение):

Ф.И.О. _____

относящихся к перечисленным ниже категориям персональных данных:

- адрес регистрации и проживания ребенка, данные свидетельства о рождении, паспортные данные; ИНН, номер медицинского страхового полиса, данные медицинской карты, сведения о состоянии здоровья ребенка, данные медицинских осмотров, заключения и рекомендации врачей; учебные работы ребенка; данные о составе семьи; персональные данные ребенка: ФИО, адрес электронной почты, фото, номер мобильного телефона, сведения об оценках, успеваемости и достижениях (учет результатов освоения образовательных программ, оценки, результаты участия в спортивно-массовых и культурных мероприятиях, конкурсах);
- персональные данные родителей (законных представителей) включающие ФИО, адрес регистрации и проживания, телефоны (домашний и служебный), место работы, должность (используются для оперативного взаимодействия с Оператором);
- другие данные, используемые в рамках организации работы Оператора.

Я даю согласие на использование персональных данных моего ребенка в следующих целях:

- обеспечение организации процесса поступления на обучение в ГБОУ РК «КШИ «Крымский кадетский корпус»;
- обработки в целях анализа, контроля и руководства процессом поступления на обучение ГБОУ РК «КШИ «Крымский кадетский корпус»,
- ведение статистики;
- в других целях в рамках организации работы Оператора.

Настоящее согласие представляется на осуществление Оператором следующих действий в отношении персональных данных ребенка: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (только в указанных выше целях), обезличивание, блокирование (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным ребенка), архивирование, копирование, изменение, редактирование, размещение на официальном сайте, уничтожение. Я даю согласие на распространение персональных данных ребенка, в том числе на передачу персональных данных ребенка каким-либо третьим лицам, включая физические и юридические лица, в том числе внешние организации и лица, привлекаемые Оператором для осуществления обработки персональных данных, государственные органы и органы местного самоуправления. Я даю согласие на обработку персональных данных ребенка неавтоматизированным и автоматизированным способом.

В рамках настоящего Соглашения обработка персональных данных кандидата на обучение осуществляется с соблюдением Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» и иных нормативно-правовых актов.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных Оператора или до отзыва данного Согласия. Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ (_____)

подпись

расшифровка

¹ Для родителей. Для усыновителей «ст. ст. 64 п. 1, 137 п. 1 Семейного Кодекса РФ», опекуны – «ст. 15 п. 2 Федерального закона «Об опеке и попечительстве», попечители – «ст. 15 п. 3. Федерального закона «Об опеке и попечительстве».

Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения первичной
медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)
являясь законным представителем несовершеннолетнего, проживающего по
адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (далее Перечень).

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними 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 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » 202 ____ г.
(дата оформления)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД

Наименование учреждения

Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация форма № 026/у–2000
Утверждена Министерством здравоохранения
Российской Федерации

«__» _____ № _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

РЕБЕНКА ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДОШКОЛЬНОГО,
НАЧАЛЬНОГО ОБЩЕГО, ОСНОВНОГО ОБЩЕГО, СРЕДНЕГО (ПОЛНОГО)
ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, УЧРЕЖДЕНИЙ НАЧАЛЬНОГО И СРЕДНЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ДЕТСКИХ ДОМОВ И
ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

1.1. _____
(фамилия, имя, отчество ребенка)

1.2. Дата рождения _____ 1.3. Пол (м/ж) _____

1.4. Дом. адрес (или адрес интернатного учреждения) _____

1.5. Тел. м/жит. _____

1.6. Обслуживающая поликлиника _____ 1.7. Тел. _____

Месяц, год поступления	1.8. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ*						
	1.8.1. ДДУ		1.8.2. Учреждение общего среднего образования			1.8.3. Детский дом	
	1.8.1.1.	1.8.1.2.	1.8.2.1.		1.8.2.2.	1.8.3.1.	1.8.3.2.
			1.8.2.1.1.	1.8.2.1.2.			
Месяц, год поступления	1.8. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)						
	1.8.4. Школа-интернат			1.8.5. Учреждение начального профессионального образования		1.8.6. Учреждение среднего профессионального образования	
	1.8.4.1.		1.8.4.2.	1.8.5.1.	1.8.5.2.	1.8.6.1.	1.8.6.2.
	1.8.4.1.1.	1.8.4.1.2.					

* 4-м знаком кодируется характер учреждения: 1. — общее, 2. — коррекционное.

5-м знаком кодируется вид учреждения: 1. — с традиционным построением учебного процесса, 2. — с повышенным содержанием обучения.

1.9. Неблагоприятные профессионально-производственные факторы (для данного учреждения профессионального образования, с какого года) _____

1.10. АЛЛЕРГИЯ

<i>Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания</i>	<i>Аллерген</i>	<i>Возраст начала</i>	<i>Тип реакции</i>	<i>Год уст. диагноза</i>	<i>Примечания</i>

2. АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

<i>№ стр.</i>	<i>Родители</i>	<i>Фамилия, И.О.</i>	<i>Г/рождения</i>	<i>Образование*</i>	<i>Раб/тел.</i>
2.1.	Мать				
2.2.	Отец				

* 3-м знаком кодируется уровень образования: 1. - б/обр., 2. - н/ср., 3. - ср., 4. - ср.-спец., 5. - н/высш., 6. - высш.

2.3. Характеристика семьи — полная, неполная (подчеркнуть).

2.4. Микроклимат в семье — благоприятный, неблагоприятный (подчеркнуть).

2.5. Наличие у ребенка места для отдыха и занятий: (комната, индивидуальный стол, нет).

2.6. Семейный анамнез (заболевания у родственников 1–2 поколения) _____

Код	Вид занятий	Возраст/час. в неделю															
		4		5		6		7		8		9		10		11	
2.7.1.	Спорт (указать какой, в т.ч. танцы)																
2.7.2.	Музыка																
2.7.3.	Иностранный язык																
2.7.4.	Другие занятия (указ.)																

2.8. Перенесенные заболевания

<i>Код</i>	<i>Заболевание</i>	<i>Дата</i>	<i>Код</i>	<i>Заболевание</i>	<i>Дата</i>
2.8.1.	Корь		2.8.9.	Брюшной тиф	
2.8.2.	Коклюш		2.8.10.	Туберкулез	
2.8.3.	Скарлатина		2.8.11.	Ревматизм	
2.8.4.	Дифтерия			Другие (указать какие)	
2.8.5.	Ветряная оспа		2.8.12.		
2.8.6.	Инфекционный паротит		2.8.13.		
2.8.7.	Краснуха		2.8.14.		
2.8.8.	Инфекционный гепатит		2.8.15.		

2.9. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

<i>Дата</i>	<i>Диагноз, вид вмешательства</i>	<i>Учреждение</i>

<i>Дата</i>	<i>Диагноз</i>	<i>Учреждение</i>	
		<i>профиль</i>	<i>климатическая зона</i>

[illegible][illegible]

4. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

4.1. Дегельминтизация

<i>Дата</i>	<i>Результат</i>	<i>Дата</i>	<i>Результат</i>	<i>Дата</i>	<i>Результат</i>

4.2. Санация полости рта

<i>Дата</i>	<i>Данные осмотра стоматологом</i>	<i>Результаты санации</i>

5. ИММУНОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

5.1. Осмотр перед профилактическими прививками

<i>Дата</i>	<i>Возраст</i>	<i>Диагноз</i>	<i>Заключение разреш./неразреш., отказ</i>	<i>Прививка (какая)</i>	<i>Мед. отвод до _____</i>	<i>Подпись врача</i>

5.2. Профилактические прививки

<i>Прививка</i>	<i>Вакцинация</i>			<i>Ревакцинация</i>			
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>
5.2.1. Полиомиелит (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.2.2. Дифтерия, коклюш, столбняк (какая, дата)							

Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.2.3. Паротит (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.2.4. Корь (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.2.5. Гепатит «В» (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.2.6. Краснуха (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							

5.3. Прививки по эпидпоказаниям

5.3.1. Название, дата							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.3.2. Название, дата							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							

5.4. Введение гамма-глобулина (по показаниям)

Дата	Причина	Серия, доза	Реакция (немедленная, замедленная)	Подпись

5.5. Реакция Манту									
Дата									
Результат									
Подпись									

5.6. Прививка против туберкулеза (БЦЖ)				
Дата				
Доза				
Серия				
Подпись				

6. Данные плановых профилактических медицинских осмотров

(6.1. - перед поступлением в ясли - сад, детский сад, 6.2. - за 1 год до школы, 6.3. - перед школой)

Параметры, специалисты	6.1.	6.2.	6.3.
Дата обследования			
Возраст (лет, месяцев)			
Длина тела			
Масса тела			
Жалобы			
Осмотры: Педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД — 3 раза)			
Ортопед			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Дерматолог			
Невролог			

Логопед (с 3-х лет)				
Стоматолог				
Психолог				
Другие				
Анализы	Крови			
	Кала			
	Мочи			
Заключительный диагноз (в т.ч., основной, сопутствующие заболевания)				
Оценка физического развития				
Оценка нервно-психического развития				
Группа здоровья				
Мед. гр. для занятий физкультурой				
Медико-педагогическое заключение				
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательные учреждения общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)				

Подпись врача-педиатра (участкового, образовательного учреждения)

6.4. В возрасте 7 лет (по окончании 1-го класса школы)

<i>Параметры, специалисты</i>		<i>Результаты осмотра</i>		
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра		
	Длина тела		Масса тела	
Жалобы				Диагноз
Осмотры: педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД — 3 раза)				
Хирург				
Ортопед				
Офтальмолог				
Отоларинголог				
Дерматолог				
Невролог				
Логопед				
Стоматолог				
Психолог				
Другие				

Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующего заболевания)					
Оценка физического развития		Группа здоровья		Мед. группа для занятий физкультурой	
Оценка физической подготовленности			Анализы	Результаты	
			Крови		
			Кала		
			Мочи		
Оценка нервно-психического здоровья					
Медико-педагогическое заключение					
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, перевод в др. образовательные учреждения общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)					

Подпись врача-педиатра (участкового, образовательного учреждения)

6.5. В возрасте 10 лет (переход к предметному обучению)

Параметры, специалисты		Результаты осмотра					
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра				Класс	
	Длина тела			Масса тела			
Половая формула	Мальчики	P Ax Fa		Девочки	P Ma Ax Me		
Х-ка менстр. ф-ции	Menarhe (лет, м-цев)			Menses (х-ка)			
Жалобы					Диагноз		
Осмотры: педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД — 3 раза)							

Эндокринолог			
Хирург			
Ортопед			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невролог			
Гинеколог			
Стоматолог			
Психолог			
Другие			
ЭКГ			
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующего заболевания)		Оценка уровня полового развития	
Оценка физической подготовленности		Анализы	Результаты
		Крови	
		Кала	
		Мочи	
Оценка физического развития		Группа здоровья	Мед. группа для занятий физкультурой
Оценка нервно-психического здоровья			
Медико-педагогическое заключение			
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, перевод в др. образовательные учреждения общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)			

Подпись врача-педиатра (участкового, образовательного учреждения)

6.6. В возрасте 12 лет

Параметры, специалисты		Результаты осмотра			
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра			Класс
	Длина тела		Масса тела		
Половая формула	Мальчики	P Ax Fa	Девочки	P Ma Ax Me	
Х-ка менстр. ф-ции	Menarhe (лет, м-цев)		Menses (х-ка)		
Жалобы				Диагноз	
Осмотры: педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД — 3 раза)					
Эндокринолог					
Хирург					
Ортопед					
Офтальмолог					
Отоларинголог					
Невролог					
Гинеколог					
Андролог					
Стоматолог					
Психолог					
Другие					
ЭКГ					
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующего заболевания)			Оценка уровня полового развития		
Оценка физической подготовленности		Анализы		Результаты	
		Крови			
		Кала			
		Мочи			
Оценка физического развития		Группа здоровья		Мед. группа для занятий физкультурой	
Оценка нервно-психического здоровья					
Медико-педагогическое заключение					
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, перевод в др. образовательные учреждения общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)					

Подпись врача-педиатра (участкового, образовательного учреждения)

6.7. В возрасте 14–15 лет

Параметры, специалисты	Результаты осмотра				
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра			Класс
	Длина тела		Масса тела		
Половая формула	Мальчики	P Ax Fa	Девочки	P Ma Ax Me	
Х-ка менстр. ф-ции	Menarhe (лет, м-цев)		Menses (х-ка)		
Жалобы				Диагноз	
Осмотры: педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД — 3 раза)					
Эндокринолог					
Хирург					
Ортопед					
Офтальмолог					
Отоларинголог					
Невролог					
Гинеколог					
Андролог					
Стоматолог					
Психолог					

Другие					
ЭКГ					
Заключительный диагноз (в т.ч., основной, сопутствующего заболевания)			Оценка уровня полового развития		
Оценка физической подготовленности		Анализы и другие методы обследования		Результаты	
		Крови			
		Кала			
		Мочи			
		Флюорография			
Оценка физического развития		Группа здоровья		Мед. группа для занятий физкультурой	
Оценка нервно-психического развития					
Медико-педагогическое заключение			Ограничение деторождения		
Репродуктивное поведение					
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, перевод в др. образовательные учреждения общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)					

Подпись врача-педиатра (участкового, образовательного учреждения)

6.8. В возрасте 16 лет

Параметры, специалисты	Результаты осмотра				
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра			Класс
	Длина тела		Масса тела		
Половая формула	Мальчики	P Ax Fa	Девочки	P Ma Ax Me	
X-ка менстр. ф-ции	Menarhe (лет, м-цев)		Menses (x-ка)		
Жалобы				Диагноз	

Осмотры: педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД — 3 раза)			
Эндокринолог			
Хирург			
Ортопед			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невролог			
Гинеколог			
Андролог			
Стоматолог			
Психолог			
Другие			
ЭКГ			
Заключительный диагноз (в т.ч., основной, сопутствующего заболевания)		Оценка уровня полового развития	
Оценка физической подготовленности		Анализы и другие методы обследования	Результаты
		Крови	
		Кала	
		Мочи	
		Флюорография	
Оценка физического развития	Группа здоровья	Мед. группа для занятий физкультурой	
Оценка нервно-психического развития			
Медико-педагогическое заключение	Ограничение деторождения		
Репродуктивное поведение			
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, перевод в др. образовательные учреждения общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)			

Подпись врача-педиатра (участкового, образовательного учреждения)

6.9. В возрасте 17 лет

Параметры, специалисты		Результаты осмотра			
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра			Класс
	Длина тела		Масса тела		
Половая формула	Мальчики	P Ax Fa	Девочки	P Ma Ax Me	
Х-ка менстр. ф-ции	Menarhe (лет, м-цев)		Menses (х-ка)		
Жалобы				Диагноз	
Осмотры: педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД — 3 раза)					
Эндокринолог					
Хирург					
Ортопед					
Офтальмолог					
Отоларинголог					
Невролог					
Гинеколог					
Андролог					
Стоматолог					
Психолог					
Другие					
ЭКГ					
Заключительный диагноз (в т.ч., основной, сопутствующего заболевания)			Оценка уровня полового развития		
Оценка физической подготовленности		Анализы и другие методы обследования		Результаты	
		Крови			
		Кала			
		Мочи			
		Флюорография			
Оценка физического развития		Группа здоровья		Мед. группа для занятий физкультурой	
Оценка нервно-психического развития					
Медико-педагогическое заключение			Ограничение деторождения		
Репродуктивное поведение					
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, поступление в уч-ния профессионального образования и др.)					

Подпись врача-педиатра (участкового, образовательного учреждения)

**7. РЕЗУЛЬТАТЫ ВРАЧЕБНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.
ОГРАНИЧЕНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, РЕКОМЕНДАЦИИ**

<i>Возраст</i>	<i>Дата</i>	<i>Профессия</i>	<i>Рекомендации (показано, ограничения, противопоказано)</i>	<i>Подпись врача</i>
10 лет				
12 лет				
14–15 лет				
16 лет				
17 лет				

**8. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ, БАЛЬНЫМИ ИЛИ
СПОРТИВНЫМИ ТАНЦАМИ (В СЕКЦИЯХ)**

<i>Возраст</i>	<i>Дата</i>	<i>Профессия</i>	<i>Рекомендации (показано, ограничения, противопоказано)</i>	<i>Подпись врача</i>
7 лет				
10 лет				
12 лет				
14–15 лет				
16 лет				
17 лет				

9. СВЕДЕНИЯ О ПОДГОТОВКЕ ЮНОШЕЙ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ*

<i>Возраст</i>	<i>Дата</i>	<i>Диагноз (с заключением о категории годности к военной службе ст. расписания б-ней Пр. МО РФ № 315 от 22.09.95 г.)**</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Отметка о выполнении (дата, рез-тат)</i>	<i>Подпись</i>
12 лет					
14–15 лет					
16 лет					
17 лет					

* сведения из истории развития ребенка (ф. 112–у).

** Заключение выносится в 16 лет после первоначальной постановки на воинский учет

10. ДАННЫЕ ТЕКУЩЕГО МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

<i>Дата</i>	<i>Данные осмотра</i>	<i>Диагноз</i>	<i>Назначения</i>	<i>Подпись</i>

11. СКРИНИНГ-ПРОГРАММА БАЗОВАЯ ДОШКОЛЬНЫЙ ЭТАП

		3 года	4 года	5 лет	6 лет (год до школы)	7 лет (перед школой)
Дата						
Анкетный тест:		• норма • отклонение		• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение
Физическое развитие	Рост (см)	X	X	X	X	X
	Масса (кг)	X	X	X	X	X
		• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы
АД мм.рт.ст.						Норма отклонения
Осанка			• нормальная • незначительные отклонения • значительные нарушения	• нормальная • незначительные отклонения • значительные нарушения	• нормальная • незначительные отклонения • значительные нарушения	• нормальная • незначительные отклонения • значительные нарушения
Состояние стопы				• нормальная • уплощена • плоская		• нормальная • уплощена • плоская
Острота зрения		ОД= OS= • нормальная • снижена		ОД= OS= • нормальная • снижена		ОД= OS= • нормальная • снижена
Тест Малиновского (возрастная рефракция)					• нормальная • предмиопия	
Бинокулярное зрение			• норма • нарушение			
Острота слуха		• норма • снижена				• норма • снижена
Динамометрия:			Правая рука Левая рука	Правая рука Левая рука	Правая рука Левая рука	Правая рука Левая рука
Физическая подготовленность			• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена
Определение белка в моче		• норма • следы белка • белок в моче		• норма • следы белка • белок в моче		
Определение глюкозы в моче		• норма • глюкоза в моче		• норма • глюкоза в моче		
Расширенная скрининг-программа						
Биологический возраст (в соответствии с паспортом)					• соответствует • опережает • отстаёт	• соответствует • опережает • отстаёт
Дефекты речи					• есть • нет	• есть • нет
Тест Керна-Иерасика					баллов	баллов
Выявление невротических расстройств					• норма • отклонение	• норма • отклонение
Нервно-психическое развитие	• мышление и речь • моторное развитие		• норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение	• норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение	• норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение	• норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение
	• внимание и память • социальные контакты		• норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение	• норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение	• норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение	• норма • отклонение • норма • отклонение • норма • отклонение
Число заболеваний за год						

11. СКРИНИНГ-ПРОГРАММА БАЗОВАЯ ШКОЛЬНЫЙ ЭТАП

		7 лет (1 класс)	8 лет	9 лет	10 лет	11 лет
Дата						
Анкетный тест: нет риска. Указать направленность риска		Нет риска	Нет риска	Нет риска	Нет риска	Нет риска
Антропометрия: Заключение по физическому развитию	Рост (см)	X	X	X	X	X
	Масса (кг)	X	X	X	X	X
		• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы
АД мм.рт.ст.		• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение
Осанка		• нормальная • незначительные отклонения • значительные нарушения			• нормальная • незначительные отклонения • значительные нарушения	
Состояние стопы (плантограмма)		• нормальная • уплощена • плоская		• нормальная • уплощена • плоская		
Острота зрения		ОД= OS= • нормальная • снижена		ОД= OS= • нормальная • снижена		ОД= OS= • нормальная • снижена
Бинокулярное зрение				• норма • нарушение		
Острота слуха		Норма, снижена				
Динамометрия: правая рука левая рука						
Физическая подготовленность		• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена
Определение белка в моче		• норма • следы белка • белок в моче		• норма • следы белка • белок в моче		• норма • следы белка • белок в моче
Определение глюкозы в моче		• норма • глюкоза в моче		• норма • глюкоза в моче		• норма • глюкоза в моче
Расширенная скрининг-программа						
Число заболеваний за год						
Выявление невротических расстройств (анкета)		• нет риска • риск развития			• нет риска • риск развития	• нет риска • риск развития
Нервно-психическое развитие	• эмоционально-вегетативная сфера	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение
	• психомоторная сфера и поведение	• норма • отклонение • норма	• норма • отклонение • норма	• норма • отклонение • норма	• норма • отклонение • норма	• норма • отклонение • норма
	• интеллектуальное развитие	• отклонение	• отклонение	• отклонение	• отклонение	• отклонение
Оценка вторичных половых признаков					Ax P Ma Me Po I	
Нарушение репродуктивного здоровья (анкета)						

11. СКРИНИНГ-ПРОГРАММА БАЗОВАЯ ШКОЛЬНЫЙ ЭТАП

		12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16–17 лет
Дата						
Анкетный тест: нет риска, указать направленность риска		Нет риска		Нет риска	Нет риска	Нет риска
Антропометрия: Заключение по физическому развитию	Рост (см)	X	X	X	X	X
	Масса (кг)	X	X	X	X	X
		• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы	• нормальное • низкий рост • дефицит массы • избыток массы
АД мм.рт.ст.		• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение
Осанка				• нормальная • незначительные отклонения • значительные нарушения		• нормальная • незначительные отклонения • значительные нарушения
Состояние стопы (плантограмма)		• нормальная • уплощена • плоская				• нормальная • уплощена • плоская
Острота зрения		ОД= OS= • нормальная • снижена				ОД= OS= • нормальная • снижена
Острота слуха						Норма, снижена
Динамометрия: правая рука левая рука						
Физическая подготовленность		• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена	• норма • снижена • повышена
Определение белка в моче			• норма • следы белка • белок в моче		• норма • следы белка • белок в моче	
Определение глюкозы в моче			• норма • глюкоза в моче		• норма • глюкоза в моче	
Расширенная скрининг-программа						
Число заболеваний за год						
Выявление невротических расстройств (анкета)		• нет риска • риск развития	• нет риска • риск развития	• нет риска • риск развития	• нет риска • риск развития	• нет риска • риск развития
Нервно-психическое развитие	• эмоционально-вегетативная сфера	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение
	• психомоторная сфера и поведение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение
	• интеллектуальное развитие	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение	• норма • отклонение
Оценка вторичных половых признаков		Ax P Ma Me Po1		Ax P Ma Me Po1	Ax P Ma Me Po1	Ax P Ma Me Po1
Нарушение репродуктивного здоровья (анкета)		X		X	X	X

наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма № 063/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

КАРТА
профилактических прививок

Взят на учет _____ для организованных детей наименование детского учреждения _____
(дата)

1. Фамилия, имя, отчество _____ 2. Дата рождения _____
3. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица _____
дом _____ корпус _____ кв. _____
Отметка о перемене адреса _____

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку (местная)	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат							
		Вакцинация						
		Ревакцинация						

Прививки против полиомиелита

Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка <*>

	Возраст	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						общая Т	местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

<*> - Препарат обозначать буквами: АКДС - адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина; АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин; АДС-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов; АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин; АС - адсорбированный столбнячный анатоксин; К - коклюшная вакцина.

Прививки против других инфекций _____

	Возраст	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						общая Т	местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

Дата снятия с учета _____ Подпись _____

Причина _____

Карта заполняется в детском лечебно-профилактическом учреждении (ФАП) при взятии ребенка на учет. В случае выезда ребенка из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в учреждении.

**Инструкция по заполнению учетной формы № 063/у
КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК**

Карта ведется по всех лечебно-профилактических учреждениях, дошкольных учреждениях и школах, в которых осуществляются профилактические прививки детям.

Карта профилактических прививок заполняется на каждого новорожденного и на каждого вновь поступающего под наблюдение поликлиники или ФАП. Карты хранятся в специальной картотеке поликлиники (ФАП). Прививочные карты в картотеке раскладываются по месяцам следующей прививки, что обеспечивает ежемесячный учет детей, подлежащих активной иммунизации.

Прививочные карты организованных детей и школьников при составлении плана прививок на месяц учитываются в плане прививок детского дошкольного учреждения (или школы), которое они посещают. При наличии централизованной картотеки медицинские сестры учебно-воспитательных учреждений получают ежемесячные списки детей, подлежащих вакцинации, а в конце месяца отчитываются о работе; данные записываются в карту профилактических прививок. При отсутствии прививочной централизованной картотеки прививки планируются самостоятельно медицинскими работниками поликлиники, дошкольного учреждения, школы.

В случае выезда ребенка из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта профилактических прививок остается в лечебно-профилактическом учреждении или на фельдшерско-акушерском пункте, где хранится в течение 5 лет в архиве учреждения.

Данные карт о числе и видах проведенных прививок используются для составления отчета о профилактических прививках.

Реакция Шика <*>

Дата постановки	Доза	Серия	Дата проверки	Результат	Дата постановки	Доза	Серия	Дата проверки	Результат

<*> - Результаты реакции Шика отмечаются по степени (+++; ++; +; +-; -) интенсивности.

Прививки против паротита

Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				общая Т	местная	

Прививки против кори

Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				общая Т	местная	

ЛИСТ ДЛЯ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (уточнённых) ДИАГНОЗОВ[illegible]**ЛИСТ ДЛЯ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (уточнённых) ДИАГНОЗОВ**[illegible]

Приложение № 4
к Порядку проведения
профилактических медицинских осмотров
несовершеннолетних, утвержденному
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 10 » августа 20 17 г. № 514н

Форма

**Медицинское заключение
о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе
для занятий физической культурой**

Выдано _____
(полное наименование медицинской организации)

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в датском падеже, дата рождения)
о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям физической культурой
(ненужное зачеркнуть) без ограничений (с ограничениями) в соответствии
с медицинской группой для занятий физической культурой (ненужное зачеркнуть).

Медицинская группа для занятий физической культурой:

(указывается в соответствии с приложением № 3 к Порядку
проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних)

(должность врача, выдавшего заключение)

(подпись)

(И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи « _____ » 20 _____ г.

Выписка из «Истории развития ребенка» (из формы 112/у)

ФИО _____

Дата рождения _____

Наблюдается в _____ (название
лечебного учреждения) **с** _____ **года.**

Состоит на диспансерном наблюдении с _____ **года с диагнозом:**

Аллергоанамнез _____

Травмы (год, вид травмы, осложнения) _____

Операции _____

Гемотрансфузии _____

Перенесенные заболевания _____

Иммунопрофилактика: вакцинирован по возрасту / нет (нужное подчеркнуть),

Причина непривитости _____

прививался по возрасту / по индивидуальному календарю (нужное подчеркнуть),

Причина вакцинации по индивидуальному календарю _____

Заключительный диагноз (в настоящее время): _____

ГРУППА ЗДОРОВЬЯ: I II III IV V (нужное подчеркнуть)

ГРУППА ФИЗКУЛЬТУРЫ: основная, подготовительная, специальная
(нужное подчеркнуть)

В кроссах, соревнованиях участвовать может / не может (нужное подчеркнуть).

В секциях, занятия физической культурой заниматься может / не может (нужное подчеркнуть).

Противопоказаний нет / есть (нужное подчеркнуть).

Дата _____

Подпись врача _____

МП

Я, _____
 проживающий по адресу: _____

 являясь законным представителем несовершеннолетнего Ф.И.О.

Я даю согласие на проведение следующих видов психологического обследования:

- психологическая диагностика общих познавательных способностей, нервно-психической устойчивости;
- социально-психологическое изучение;
- беседа по результатам психологической диагностики.

Данное Соглашение действует до достижения целей психологического обследования.

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (_____)
подпись расшифровка