

## Формуляр «Разрешение родителей (опекуна) и медицинская справка»

Заполняйте отдельный формуляр по каждому событию или мероприятию, подразумевающему особую подготовку (см. Книга 2: Руководство в Церкви 13.6.20, ChurchofJesusChrist.org), ночевку, выезд за пределы привычного района или мероприятия с более высокой степенью риска.

### Подробности события (заполняется организатором события)

Событие		Дата(ы) события
Опишите событие и мероприятия (пожалуйста, будьте конкретны)		
Приход		Кол
Руководитель события или мероприятия	Номер телефона руководителя события или мероприятия	Адрес электронной почты руководителя события или мероприятия

### Информация об участнике

ФИО		Дата рождения	Возраст
Основной номер телефона	<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий	Дополнительный номер телефона	<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий
Адрес		Город	Край или область
Контактное лицо на случай чрезвычайных ситуаций (родитель или опекун)	Основной номер телефона	Дополнительный номер телефона	
	<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий	<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий	

### Медицинская информация

Требуется ли участнику особое питание?	Если да, поясните ограничения в питании
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Имеет ли участник аллергию на что-либо?	Если да, перечислите аллергии
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Принимает ли участник какие-либо медикаменты, отпускаемые по рецепту или без?	Если да, может ли участник самостоятельно принимать эти медикаменты?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, свяжитесь непосредственно с руководителем события или мероприятия.
Перечислите медикаменты, отпускаемые по рецепту или без, которые принимает участник	

### Физические ограничения

Имеются ли у участника хронические или рецидивирующие заболевания?	Если да, поясните
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Перенес ли участник хирургическую операцию или тяжелую болезнь за прошедший год?	Если да, поясните
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Укажите любые другие ограничения по здоровью, которые могли бы помешать ему/ей принимать полноценное участие в событии или мероприятии (при необходимости добавьте страницы)

### Другие требования или особые потребности

Укажите любые другие потребности или предпочтения участника, которые необходимо учесть организатору мероприятия (при необходимости добавьте страницы)

### Разрешение

Я даю разрешение на участие моего ребенка в вышеупомянутых событиях и мероприятиях (кроме указанных отдельно) и уполномочиваю взрослых руководителей, курирующих это событие, оказывать ему первую помощь в случае любого несчастного случая или заболевания и действовать в качестве моих доверенных лиц, давая согласие на оказание необходимой медицинской помощи. Настоящее разрешение относится к упомянутому событию, а также к поездке на событие и возвращению обратно.

Участник ответственен за свое поведение, уведомлен о нравственных нормах Церкви, правилах безопасности лагеря или события и других связанных с ним указаниях и обязуется соблюдать их. Поведение и взаимоотношения участников должны соответствовать нравственным нормам Церкви и быть примером христианского образа жизни.

Родители и молодежь должны понимать, что участие в мероприятии – это не право, а привилегия, которой можно лишиться, если вести себя неподобающе или подвергать опасности себя либо других.

Подпись участника	Дата
Подпись одного из родителей или опекуна (при необходимости)	Дата