

VACCINATION RECORDS – MUST BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN
 ДАННЫЕ О ВАКЦИНАЦИИ – ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТЕРАПЕВТОМ

Vaccines/ Прививки	Date of 1st vaccination / Дата первой прививки	Date of last vaccination/ Дата второй прививки
DPT (Diphtheria, Pertussis, Tetanus) / КДС (Коклюш, Дифтерия, Столбняк)		
Polio*/ Полиомелит		
MMR (Mums, Measles, Rubella)/ MMR (Корь, Краснуха, Паротит)		
TB skin test/ Манту		
Hepatitis / Гепатит		
Tetanus/ Столбняк		

**MEDICAL EXAMINATION – MUST BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN /
 ОСМОТР ВРАЧА – ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТЕРАПЕВТОМ**

I have examined the camp applicant within the past six months / В течение последних
 шести месяцев ребенок проходил осмотр Yes/Да No/ Нет

Date of examination / Дата осмотра _____

Activities encouraged or contraindicated/ Терапевтом рекомендованы
 или противопоказаны следующие виды деятельности: _____

The applicant is receiving treatment for the following condition/ Ребенок находится под
 наблюдением врача в связи со следующим заболеванием: _____

**RECOMMENDATIONS AND RESTRICTIONS WHILE AT THE CAMP /
 РЕКОММЕНДАЦИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ЛАГЕРЕ**

Are there any treatments to be continued at the camp? / Лечение, которое
 требуется продолжить в лагере: _____

Additional health information / Дополнительная информация о здоровье

Physician's Signature/ Подпись _____ Date/ Дата _____

Initial if completed by a nurse or physician's assistant/ Если заполнено ассистентом,
 инициалы: _____

Address/Адрес: _____

Tel./ Тел. _____



CHILD'S MEDICAL RECORD /
 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА
 INTERNATIONAL CHILD CENTRE «ARTEK»
 ИСС «ARTEK» / МДЦ «АРТЕК»

Child's name (last, first)/ Фамилия, имя, отчество _____

Date of birth (d-m-y)/ Дата рождения (д-м-г) _____

Passport/ID cart/Паспорт _____

MEDICAL HISTORY / СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ РЕБЕНКА

List any surgeries, serious injuries or fractures (include dates)/ Операции, травмы,
 переломы (даты) _____

Attention Deficit Disorder or behavioral problems / Рассеянное внимание,
 проблемы поведения _____

Has the child ever been under a professional's care for emotional, psychological or
 learning difficulties? / Обращался ли ребенок за профессиональной помощью в связи
 с эмоциональным, психологическим состоянием или сложностями в обучении?

Yes/Да No/Нет. If yes, when and please describe/ Если да, опишите, дата

Check all that apply and give approximate date /Отметьте нужное и укажите дату

- Frequent ear infections/частые инфекции уха _____
- Heart defect/disease/Дефекты/заболевания сердца _____
- Convulsions/Судороги _____
- Diabetes/Диабет _____
- Hypertension/Давление _____
- Sinus infections/Синусит _____
- Migraine infections/Мигрени _____
- Allergies/Аллергии _____

Contact with infection-carriers less than 21 days prior to arrival at the camp / Отметка
 об отсутствии (наличии) контакта с инфекционным больным за 21 день до прибытия в

МДЦ «Артек» Yes/Да No/Нет

**ICC«ARTEK» CAMP RULES & MEDICAL REQUIREMENTS/
МЕДИЦИНСКИЕ И ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ «МДЦ «АРТЕК»**

1. **All children are inspected by our doctors when they arrive at the camp. If a child cannot stay at the camp due to health reasons, he or she will be sent home at the parents expense. An official note will be sent to the family physician/** Все дети по прибытии в лагерь проходят осмотр наших врачей. Дети, состояние здоровья которых признано неудовлетворительным, будут направлены назад за счет родителей.
2. **Children must be vaccinated in accordance with their age and the epidemiological situation in country of departure/** Дети должны иметь прививки соответственно возрасту и эпидемиологической ситуации в стране вылета.
3. **Absolute contraindication for visiting ICC «Artek» is/** Абсолютным противопоказанием к поездке в МДЦ «Артек» являются:
 - **All TB forms of various organs and systems/** Все формы туберкулеза различных органов и систем;
 - **Epilepsy, convulsive strokes and equivalent/** Эпилепсия, судороги и т.п.;
 - **Acute mental illness and reactive state/** Любое психическое заболевание в реактивной стадии;
 - **Diabetes, thyrotoxicosis/** Диабет, тиреотоксикоз;
4. **Children can visit ICC «Artek» only 1 year after recovery from an acute process/** Разрешено посещение МДЦ «Артек» через год после окончания острой стадии следующих состояний:
 - **Acute rheumatism (no earlier than at the prevention stage)/** Ревматизм в острой стадии (не ранее, чем на стадии профилактики);
 - **Acquired and innate defects of the heart and cardiovascular system, including surgeries/** Врожденные и приобретенные дефекты сердца и кровеносной системы, включая перенесенные хирургические вмешательства;
 - **Essential hypertension/** Выраженная гипертония;
 - **Blood disorders /** Заболевания кровеносной и кроветворной системы;
 - **Asthma/** Бронхиальная астма.



Camp reception address:

Hotel «Artek» 5 Gagarin str., Simferopol, Crimea, 295006

Прием детей в МДЦ «Артек» осуществляется по адресу: Гостиница «Артек», ул. Гагарина, д.5, Симферополь, Крым 295006



Tel./ тел. + 7 3652 223 452, fax/ факс + 7 3652 226 421

I, _____
(Parent or Legal Representative First Name, Last Name)

agree with the medical requirements and general enrolment rules of ICC «Artek». I have read the rules and confirm that my child doesn't have any restrictions against staying at ICC «Artek». I agree and give permission to medical personnel, if necessary, to take X-rays, do lab tests, give injections and any other treatment that may be necessary for my child. In case of emergency please contact me by phone.

Я, _____
(Имя, Фамилия Родителя или Законного представителя)

принимаю общие и медицинские правила приема в МДЦ «Артек». Я ознакомлен с правилами и подтверждаю, что мой ребенок не имеет ограничений и противопоказаний для посещения МДЦ «Артек». Даю свое согласие в случае необходимости на проведение медицинским персоналом всех необходимых действий, включая рентгенографию, анализы, инъекции, а также проведение необходимого лечения. Мой контактный телефон для экстренных случаев:

Tel./тел. _____

Date/Дата _____

Signature/Подпись _____