Приложение 3

**Форма заявки о проведении медицинского осмотра детей, включенных в состав организованных групп для выезда в оздоровительные организации, расположенные за пределами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в пунктах выезда/въезда**

Наименование организации, выступающей в качестве организатора поездки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( Заявка предоставляется за 7 рабочих дней до выезда на эл. адрес: [kurganskayaig@beloyarskaya-crb.ru](mailto:kurganskayaig@beloyarskaya-crb.ru) и Zav-ped@beloyarskaya-crb.ru )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Домашний адрес | Место учебы/работы | Контактный телефон (дом.,раб, моб.) | Организация-организатор поездки группы детей, ФИО руководителя группы | Дата выезда/въезда организованной группы детей | Наименование оздоровительной организации (с указанием адреса), куда/откуда направляется группа детей | Вид транспорта, на котором дети следуют к месту отдыха и обратно | Примечание |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (Ф.И.О) (контактный телефон)

Дата

МП