

Алгоритм допуска в детский сад воспитанников после длительного отсутствия (более двух недель)

1. Допуск воспитанников в дошкольное образовательное учреждение после длительного отсутствия осуществляется только на основании данных об эпидемиологическом окружении, предоставленных медицинской организацией (справка МУ БРБ).

Подтверждение соблюдения условий допуска воспитанников в дошкольное образовательное учреждение может осуществляться как родителями (законными представителями) воспитанников самостоятельно (личное обращение в кабинет №215 детской поликлиники МУ БРБ), так и посредством межведомственного взаимодействия между ДООУ и МУ БРБ.

2. Алгоритм подтверждения соблюдения условий допуска воспитанников в дошкольное образовательное учреждение посредством межведомственного взаимодействия между ДООУ и МУ БРБ:

№ п/п	Мероприятия	Ответственные	Срок исполнения
1	Информирование родителей (законных представителей) воспитанников о порядке допуска детей в детский сад после длительного отсутствия. Уточнение сведений о месте фактического проживания детей.	Воспитатели всех возрастных групп	по мере необходимости
2	Формирование списка детей*, желающих начать посещать дошкольное учреждение из числа ранее не посещающих его более двух недель (с указанием Ф.И.О., даты рождения, адреса фактического проживания)	Медицинский работник	1 день
3	Оформление и направление межведомственного запроса** в МУ БРБ главному врачу и заведующему детской поликлиники	Делопроизводитель, медицинский работник	
4	Получение данных из МУ БРБ об эпидемиологическом окружении детей по списку	Медицинский работник	1 день
5	Информирование родителей о возможности посещения ребенком детского сада	Воспитатели всех возрастных групп, медицинский работник	1 день

* **Форма списка детей** (направляется в формате Word)

Список детей, желающих посещать муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение Белоярского района «Детский сад комбинированного вида «Березка» г. Белоярский», ранее не посещающих его более двух недель

№ п/п	ФИО воспитанника	Дата рождения	Адрес фактического проживания	Данные об эпидемиологическом окружении

« _____ » _____ 2021 г.

Подпись и расшифровка подписи врача,
предоставившего данные
об эпидемиологическом окружении

_____ / _____ /

** *запрос в МУ БРБ направляется в скане с подписью руководителя*