

КЕЛІСІМ ШАРТ № _____

Ойыл селосы

«04» 08 2025 ж.

"Ақтөбе облысының білім басқармасы Ойыл ауданының білім бөлімі" мемлекеттік мекемесінің "Балдырған" бөбекжай-бақшасы" мемлекеттік коммуналдық қазыналық кәсіпорынының Жарлығы негізінде, аталған «Мекеме» менгерушісі Бисебаева Асел Каржауовна мен ата-аналар арасындағы келісім – шарты.

Әкесі: Бисенов Жан
Бахта 8775 594 0156

(Аты-жөні, толық жұмыс орны, қызметі, телефоны.)

Анасы: Исмигашева Магдір
Оқам Мұхаммед 8702 251 2391

(Аты-жөні, толық жұмыс орны, қызметі, телефоны.)

Аты аталған «Ата-ананың» баласы Кенесбай Төрешір «20» 08 2023 ж.
(Баланың аты-жөні туган күні, жылы)

Екінші жақтан осы келісім шарт құрылды:

1. Мекеме міндеті:

Баланы 2 мен 5 жас аралығындағы топқа құрылтайшы жолдамасы мен медициналық карта және туу туралы куәлік көшірмесі мен ата-анасының жеке куәлік көшірмесін негізге ала отырып жасына сай топқа қабылдау.

Балаға мынадай жағдай жасау: күтім, қадағалау, тәрбиелеу мен оқыту, денсаулығын нығайту мен қорғау, жеке парасаттылық және шығармашылық дамуына, баланың көтеріңкі көңіл-күйіне жағдай жасау, оның абыройын қорғау.

№615 17.08.2017 жылғы санитарлық ереже мен мөлшер келісімімен, тамақтың құнарлылығын қамтамасыз ету.

Сабақты бекітілген сабақ жоспары мен кестесіне және Мемлекеттік стандарт талаптарына сай өткізу.

Бала сырқаттанған кезінде, санаторлық емделу, ата-анасының демалысында, жазғы мерзім кезіндегі баланың денсаулығын нығайтуда 2 айға дейін орны сақталады.

2. Жұмыс кестесі:

Күндізгі жұмыс кестесі (5 күндік);

Жарғы келісімі бойынша, баланың қатысымы 08:00с. – 18:30с. дейін, ертеңгілік қабылдау 08:00 с. – 08:30 с. дейін.

3. Ата-аналар міндеті:

Баланың тамақтану төлем ақысы әр ағымдағы айдың 10-на дейін уақытында төленуі керек.

Бала ауырған жағдайда 2 күннен қалдырмай бала бақша әкімшілігіне хабарлауы қажет;

Белгілі себептерге байланысты немесе ата-аналардың еңбек демалысына байланысты, баланың орны сақталуы үшін арыз қалдыру;

Мекемеде орын алған кемшіліктерді түзеу үшін мекеме басшылығын хабардар ету;

16 жасқа жетпеген және бөгде адамдарға баланы сеніп тапсыруға болмайды, егер сенген жағдайда ата-аналар сенім хат жазуы керек.

4.1. Ақтөбе облысы әкімдігінің 2025 жылғы 20 қаңтардағы № 5 қаулысы негізінде тамақтану үшін төлем мөлшері күніне - 700 теңге.

5. Кәсіпорын құқылы:

5.1. Ата-аналармен тығыз жұмыс жасай отырып, баланы тәрбиелеу мен оқыту әдістерін таңдау, талдау және қолдана отырып, кәсіпорын жарғысына сәйкес қосымша ақылы қызмет көрсету;

5.2. Баланы шығару жағдайлары:

- баланың айлық төлем ақысын уақытында төлемегені үшін (1айдан асса);

- ата-ана арызы бойынша баланың денсаулығына байланысты дәрігердің қорытынды қағазы негізінде баланың балабақшада қала алмауы;

- әкімшілікке ескертусіз 1 ай көлемінде балабақшаға себепсіз келмеген жағдайда.

- 5.3. Баланы тәрбиелеу мен оқытуда Ата-аналарға білікті ақыл-кеңес беру және көмек көрсету.
5.4. Бала саны азайған жағдайда (жазғы кезеңде) басқа топтарға ауыстыру.
5.5. Балабақшада қымбат әшекей бұйымдардың сақталуын жауапкершілікке алмайды.
5.6. Ата-аналарды 3 жұмыс күні ішінде хабардар ете отырып, құрылтайшының бұйрығымен мекеме баланың төлем ақысын көтеруге құқылы. Бұйрық шығарылып, өзгерістері келісім шартқа енгізілуі тиіс.
5.7. Ата-аналар келісім шарттағы жағдайларды жиі орындамаған жағдайда, оларға 10 күн бұрын хабарлама жасап, келісім шартты уақытынан бұрын бұзуға құқылы.
5.8. Осы келісім- шартты уақытынан бұрын бір жақты бұзуға болады.
- 6. Ата-аналар құқылы:**
6.1. Мекемедегі балалармен жүргізілетін жұмыстарды ұйымдастыруда ұсыныстар енгізуге;
6.2. Бала бақша меңгерушісі мен тәрбиешілердің жұмыс есебін тындауға;
6.3. Сабақтарға, мерекелерге, сайыстарға, ойын-сауықтарға қатысуға құқылы;
6.4. Осы келісім шартты уақытынан бұрын бір жақты бұза алады.
- 7. Келісім шарттың маңызды шарттары:**
Мекеменің материалдық техникалық базасын жақсарту үшін, жөндеу жұмыстарын жүргізу үшін, мекемеге қосымша қаржы қорын ата-аналардың демеушілік көрсетуі болып табылады.
- 8. Келіспеушіліктердің шешілуі:**
8.1. Осы келісім шарттағы жағдайларға екі жақты келіспеушілік пікір туған жағдайда, іс жүзіндегі заңға сәйкес келісімге келу арқылы шешу;
8.2. Келіспеушіліктер шешілмеген жағдайда, іс жүзіндегі заң негізінде сот тәртібімен шешіледі.
- 9. Қорытынды жағдайлар:**
9.1. Келісім- шартқа енгізілген қосымшалармен өзгерістер жазбаша түрде және екі жақты қол қойылған жағдайда ғана заңды құжат болып табылады. Келісім- шартқа жазылған қосымшалар оның ажырамас бөлігі;
9.2. Келісім шарт 2 дана жазылған. Екі даналық келісім шартта бірдей күште келісім шарттың әр данасы екі жаққа беріледі.

10. Келісім шарт қол қойылған күннен күшіне енеді.

« 04 » 08 2025 ж.

« 04 » 08 2025 ж.

"Балдырған" бөбекжай-бақшасы" МКҚК
реквизиттері

БИН 000240001501
АО "Евразийский Банк"
ИИК KZ2794803KZT22030786
БИК EURIKZKA

Мекен жай:
Ақтөбе облысы
Уилский район, с.Уил, АМАНКЕЛДЫ, 4
тел: 2-11-31
"Балдырған" бөбекжай-бақшасы" МКҚК
меңгерушісі:

А.К.Бисебаева



Ата – аналар реквизиттері

Көше Сағордиев
Үй 4 пәтер _____
Үй тел: _____
Жұмыс тел: _____
Ұялы тел: 87022512391

Ата – аналар: Шығ



"Dara bala" ақпараттық жүйесі

Ақтөбе облыс әкімдігі

Сайт: darabala.kz

Бірігей номері:
DDO.2025.128700.1

Өтінім күні: 04.08.2025

Жолдама күні: 04.08.2025



МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМЫНА ЖОЛДАМА №12902

Мекеме атауы: "Ақтөбе облысының білім басқармасы Ойыл ауданының білім бөлімі" ММ "Балдырған" бөбекжай-бақшасы" МКҚК
Мекен-жайы: Ақтөбе облысы, Ойыл ауданы, Ойыл ауылы, Аманкелді көшесі, 4
Байланыс: 87133272080

Аты-жөні: **КЕҢЕСБАЙ ТӨРЕНҰР ҰЛАНҰЛЫ**

Туған жылы: 20.08.2023

Құ тілі: Қазақша

Жолдама күні: 04.08.2025

Жарамдылық мерзімі: 08.08.2025

Ескерту: Ата-аналарға мектепке дейінгі ұйымға келіп, жолдаманы 5 жұмыс күн ішінде тіркеу қажет. Жолдама мерзімін 30 күнге дейін ұзартуға болады.

Мектепке дейінгі ұйымға келгеннен кейін келесі құжаттарды ұсыну қажет:

- 1) Қағидалардың 1 және 5-қосымшаларына сәйкес нысан бойынша өтініш;
 - 2) "Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21579 болып тіркелген) (бұдан әрі - № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы) бекітілген № 065/е нысанды профилактикалық екпелердің картасы;
 - 3) № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген "052-2/у" нысандағы "Бала денсаулығы паспорты";
 - 4) № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанындағы анықтама;
 - 5) психологиялық-медициналық-педагогикалық консультацияның қорытындысының (мүмкіндігі шектеулі балалар үшін) (болған жағдайда) электронды көшірмесі;
 - 6) әскери қызметшінің немесе арнаулы мемлекеттік органдардың, құқық қорғау органдарының, фельдъегерлік байланыс қызметкерінің жұмыс орнынан берілген, уәкілетті адамның қолымен және мөрімен (бар болса) расталған анықтаманың электронды көшірмесі (берілген күннен бастап бір ай ішінде жарамды);
 - 7) ұйым басшысының мөрімен және қолымен расталған педагогтің, медициналық қызметкердің жұмыс орнынан анықтама (берілген күннен бастап бір ай ішінде жарамды), дипломның электронды көшірмесі; Жеке басын куәландыратын құжаттар, баланың туу туралы куәлігі туралы мәліметтер, МДҰ-ға бірінші кезекте жолдама алуды растайтын мәліметтер тиісті мемлекеттік ақпараттық жүйелерден тартылады.
- Резидент еместер үшін:
- 1) Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес нысан бойынша өтініш;
 - 2) көрсетілетін қызметті алушының (ата-анасының бірінің немесе заңды өкілінің) жеке басын куәландыратын құжаттың электронды көшірмесі;
 - 3) баланың туу туралы куәландыратын құжаттың электронды көшірмесі;
 - 4) № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанындағы профилактикалық егу картасы;
 - 5) № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген "Бала денсаулығы паспорты" "052-2/у" нысандағы анықтама;
 - 6) № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанындағы анықтама;
 - 7) психологиялық-медициналық-педагогикалық консультация қорытындысының электронды көшірмесі (мүмкіндігі шектеулі балалар үшін) (бар болса)



Приложение 3 к приказу
Исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 30
октября 2020 года № КР ДСМ-
175/2020



1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка КЕҢЕСБАЙ ТӨРЕНҮР ҰЛАНҰЛЫ
ИНН 230820552148

Дата рождения 20.08.2023

Пол мужской женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, РАЙОН: Уилский, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Уилский,
АУЛ(СЕЛО): Уил, УЛИЦА: Курмангазы, ДОМ: 4

Сведения о законных представителях:

Мать ИСНИМ АЛНОВА МОЛДИР АЛДЕНОВНА

Поликлиника прикрепления ГКП "Уилская РБ" на ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области

Группа крови I группа Резус-фактор +

Инвалидность Нет

Состоит ли ребенок на диспансерном учете да нет

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
08.2025	Балдырган бөбекжай балабақшасы					

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия есть				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания
Аллергические заболевания	Аллергические заболевания нет	2	2025	Аллергические заболевания нет

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Вакцина против пневмококковой инфекции (Пневмо)	Вакцинация	20.08.2023	12.03.2024	1	GN7785	Превенар 13® (вакцина пневмококковая полисахаридная конъюгированная адсорбированная инактивированная, жидкая) 0,5 мл/доза 0.5 Суспензия для внутримышечного введения Пфайзер Ирландия Фармасыотикале Ирландия			
---	------------	------------	------------	---	--------	---	--	--	--

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата последнего осмотра	06.08.2025
Рост	98
Вес	17
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Обращение в связи с получением медицинских документов
Группа здоровья	I группа (здоровые дети)
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основной
Рекомендации	Основной

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту приписки ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК)*


Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

Здр:   

Информационная документация форма № 098/у утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 098/у бұйрығымен бекітілген медициналық құжаттама

МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІҢ ШАРҒАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ «ОЙЫЛ АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНАСЫ



Алынған нәтижелің дұрыстығын тексеру үшін QR-кодты пайдаланыңыз
Для проверки валидности полученного результата, воспользуйтесь QR-кодом

№ **0000000549**
 Тегі А.Ә. (Фамилия И.О.): **КЕҢЕСБАЙ ТӨРЕНҮР ҰЛАНҰЛЫ**
 Жынысы (Пол): **М**

ЖСН (ИИН) **[REDACTED]**
 Туған күні (Дата рождения): **20.08.2023**

Тұрғылықты мекенжайы (Адрес пациента):

Байланыс телефоны (Контактный телефон):

Зерттеуді жіберу (Исследование направить): **ГКП "Уилская РБ" на ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области**

Жолдаған ұйым (Направившая МО): **ГКП "Уилская РБ" на ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области**

Жолдаманы тіркелген дәрігер (Направивший врач): **ЕЛЕКЕЕВ МАХАНБЕТ АМАНОЛЛАҰЛЫ**

Жолдаманың тіркелген күні және уақыты (Дата и время регистрации заявки): **06.08.2025 15:22**

Материалдың № (№ материала)	Материал түрі (Тип материала)	Материалды алу орны (Место забора)	Материалды алу күні мен уақыты (Дата и время забора)	Материалдың түскен күні мен уақыты (Дата и время поступления материала)
0000000549	Фекалии	Лаборатория	06.08.2025 15:22	
Компонент	Нәтиже (Результат)	Реф. Аралық (Реф.интервал)	Нәтижелерді түсіндіру (Интерпретация результатов)	
B01.100.001 Исследование кала на простейшие и гельминты ручными методами	Отсутствует	отсутствует		
гельминты в кале				

Зерттеулер орындалды (Исследования выполнены):
06.08.2025 15:23

Нәтиже нысаны құрылды (Банк результатов сформирован)
06.08.2025 15:23
МАКСИМОВА И. Е.
 Қолы (подпись)



Бір зерттеудің нәтижелері зерттеу әдістемесі мен жабдығына байланысты бір-бірінен ерекшеленуі мүмкін. Зертханалық зерттеу нәтижесі диагноз емес. Зерттеу нәтижелерін түсіндіруді, диагнозды белгілеуді, сондай-ақ тексеру мен емдеу тактикасын анықтауды емдеуші дәрігер жүзеге асырады.

Результаты одного и того же исследования могут отличаться друг от друга в зависимости от методики исследования и оборудования. Результат лабораторного исследования не является диагнозом. Интерпретация результата исследования, установление диагноза, а также определение тактики обследования и лечения осуществляется лечащим врачом.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Денсаулық сақтау басқармасы Қазақстан Республикасының Уйымның атауы: «Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы» Наименование организации: «Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы»	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 065/ у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА

профилактических прививок

20 ____ года " ____ " _____ взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Кеңесбай Төрешір
 2. Дата рождения 20.08.2023
 3. Индивидуальный идентификационный номер _____
 4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица Атам, Бүржаната
 Дом _____ корпус _____ квартира _____
- Отметки о перемене адрес _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
		вакцинация	<u>1 доза</u>	<u>02.08.23</u>	<u>0,05 БВЧ</u>
		ревакцинация			

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>V₁</u>	<u>04.11.23</u>	<u>V30229V</u>	<u>V₃</u>	<u>12.03.24</u>	<u>V30571V</u>			
<u>V₂</u>	<u>04.01.24</u>	<u>W0524M</u>						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>V₁</u>	<u>04.11.23</u>	<u>0,5</u>	<u>V30229</u>	<u>Аксакелли</u>		<u>ШБ</u>	
Ревакцинация	<u>V₂</u>	<u>04.01.24</u>	<u>0,5</u>	<u>W0524M</u>	<u>Аксакелли</u>		<u>ШБ</u>	
	<u>V₃</u>	<u>12.03.24</u>	<u>0,5</u>	<u>V30571V</u>	<u>Аксакелли</u>		<u>ШБ</u>	

* Препараты 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.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	Куд	20.08.23	0,5	03419004С	АКДС ^ч	ШБ		
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Г*)	Местная	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	К ₁	04.11.23	0,5	9A2168	ПКВ ₁	ШБ	ШБ	
Ревакцинация	К ₂	12.03.24	0,5	9N7785	ПКВ ₂	ШБ	ШБ	

Дата снятия с учета) _____
 Подпись _____
 Причина _____

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет. В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках. Карта остается в организации.



Вериш
[Signature]



«АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ Денсаулық сақтау басқармасы»
 Денсаулық сақтау басқармасының
 мемлекеттік мекемесінің шаруашылық
 жүргізу құқығындағы
 «Ойыл аудандық ауруханасы»
 мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
 Қазандық медициналық құжаттама
 Медициналық документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего
 обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября
 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у ~ 1020.

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 06.08.2025

Үйімнің атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Уилская районная больница" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН: [REDACTED]
 2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): КЕҢЕСБАЙ ТӨРЕНҮР ҰЛАНҰЛЫ
 3. Туған күні (Дата рождения): 20.08.2023
 4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, РАЙОН: Уилский, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Уилский, АУЛ(СЕЛО): Уил, УЛИЦА: Курмангазы, ДОМ: 4
5. едіндесіне және заключенные
 Дегені сау
6. Рекомендация (Түркі тілді) _____
7. Фамилия (Түркі тілді) _____ (и идентификатор врача, выдавшего справку) _____
8. Идентификатор _____ 248909

