

# КЕЛІСІМ ШАРТ № \_\_\_\_\_

« 07 » 66 202 4 ж.

Ойыл селосы

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

Әкесі: Шоқты Нурбек

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

Анасы: Аралибаева Асқаршүл

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

Аты аталған «Ата-ананың» баласы Әмірхан Әзім « 07 » 02 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 2024 жылғы 19 желтоқсандағы № 359 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.





"Dara bala" ақпараттық жүйесі

Ақтөбе облыс әкімдігі

Сайт: darabala.kz

Бірігей номері:  
DDO.2024.85275.1

Өтінім күні: 04.06.2024

Жолдама күні: 07.06.2024



## МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМЫНА ЖОЛДАМА №7984

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:** ӘМІРЕШ ӘДИНА НҰРБЕКҚЫЗЫ

**Туған жылы:** 07.02.2022

**Оқу тілі:** Қазақша

**Жолдама күні:** 07.06.2024

**Жарамдылық мерзімі:** 13.06.2024

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:

- Қабылдауға арналған жолдама;
- Ата-анасының бірінің немесе заңды өкілінің жеке басын куәландыратын құжат (сәйкестендіру үшін);
- Баланың тууын куәландыратын құжат (сәйкестендіру үшін);
- Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2003 жылғы 24 маусымдағы № 469 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 2423 болып тіркелген) бекітілген "Бала денсаулығы паспорты" 026/у-3 есеп нысанын толтыру және жүргізу жөніндегі нұсқаулықта қарастырылған нысан бойынша баланың денсаулық паспорты;
- Баланың денсаулығы туралы анықтама;
- Психологиялық-медициналық-педагогикалық консультацияның қорытындысы (ерекше білім беру қажеттілігі бар балалар үшін);







доп. задание ч. 2



Исполнитель: Маусым

г.г. Зорина



Рекомендуем: Шигорева

г.г. Бектасова



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ КОМИТЕТІ «ҰЛТТЫҚ САРАПТАМА ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ МЕНТЕРУШІСІ КӘСІПОРНЫҢ АҚТӨБЕ ФИЛИАЛЫНЫҢ ОЙЫЛ АУДАНЫ	Нысанның БҚСЖ бойынша коды код формы по ОКУД _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Филиал РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» Актюбинской области	№ _____ ж. « _____ » 20__	Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2021 жылғы «20» тамыз № 84 бұйрығымен бекітілген № 080/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма 080/ у Утверждена приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от «20» август 2021 года № 84

**Нәжістің, перианалды қырынды үлгісін зерттеудің паразитологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ**  
**ПРОТОКОЛ** паразитологического исследования фекалий, соскобов с перианальных складок  
 № 377 (от «7» 06 2024ж. (г.))

1. Тексерілушінің тегі, аты, әке сiнiң аты (Фамилия, имя, отчество обследуемого) - Жігіш Ж
  2. Жасы (Возраст) 2022 Мекен-жайы(адрес) Ойыл
  3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы, наименование детской организации)-
  4. Зерттеу алғашқы, қайталап, қорытынды (Исследование первичное, повторное, контрольное)
  5. Зерттеуде анықталды: (при исследовании обнаружены): при исследовании фекалий возбудители паразитарных болезней не обнаружены ; при исследовании соскобов возбудитель энтеробиоза не обнаружен.
  6. Қарапайымдар, вегетативті цисталар (Простейшие, вегетативные цисты)- не обнаружено
- Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД) Приказ МЗ РК от 16.05.2022г.№ ҚР ДСМ-44 «Санитарно эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-эпидемиологических профилактических мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний»

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә.(Ф.И.О. специалиста проводившего исследование) Куздибаева Н.С. Табан Қолы  
 (подпись)  
 Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. ( Ф.И.О. подпись заведующего Жігіш лабораторией) Калдыгулова С.С.  
 Мөр орны Санитарлық эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)  
 Место печати ӨЛІМШЕСІ  
 Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)  
 Т.А.Ә, қолы ( Ф.И.О. подпись)

Хаттама 2 данада толтырылады (Протокол составляется в 2-х экземплярах)  
 Сынау нәтижелері тек қана сынауға түсірілген үлгілерге қолданылады / Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием  
 Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН / Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА



«АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ  
САУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ»  
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  
нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего  
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября  
2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

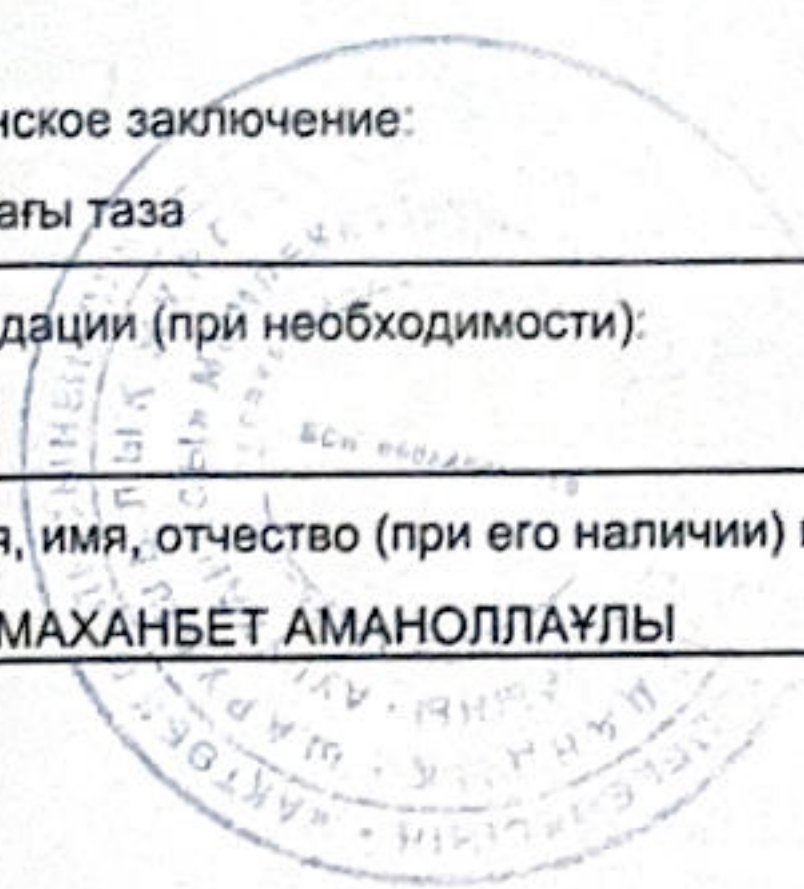
Форма № 027/у *2577*

**СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит**

Дата выдачи 05.06.2025

Ұйымның 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): БОЛАТ АЙЫМ ТҰРАРҚЫЗЫ
3. Туган күні (Дата рождения): 28.09.2022
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, РАЙОН: Уилский, УЛИЦА: Кантарбай, ДОМ: 23
5. Медицинское заключение:  
Эпид аймағы таза
6. Рекомендации (при необходимости):  
СӨҰ
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ЕЛЕКЕЕВ МАХАНБЕТ АМАНОЛЛАҰЛЫ 247546



Мет  
(Печать)