

## КЕЛІСІМ ШАРТ № \_\_\_\_\_

Ойыл селосы

«3» 06 2025 ж.

"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: Набишев Нурбек Дулатұлы  
Жеке кәсіпкер

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

Анасы: Мағрибқалиева Сара Нуржанқызы  
Үйірме меңгерушісі

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

Аты аталған «Ата-ананың» баласы Дулат Керей Нурбек «12» 04 2023ж.  
(Баланың аты-жөні туған 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 тандау, 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 тыңдауға;  
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.**

« 3 » 06 2025 ж.

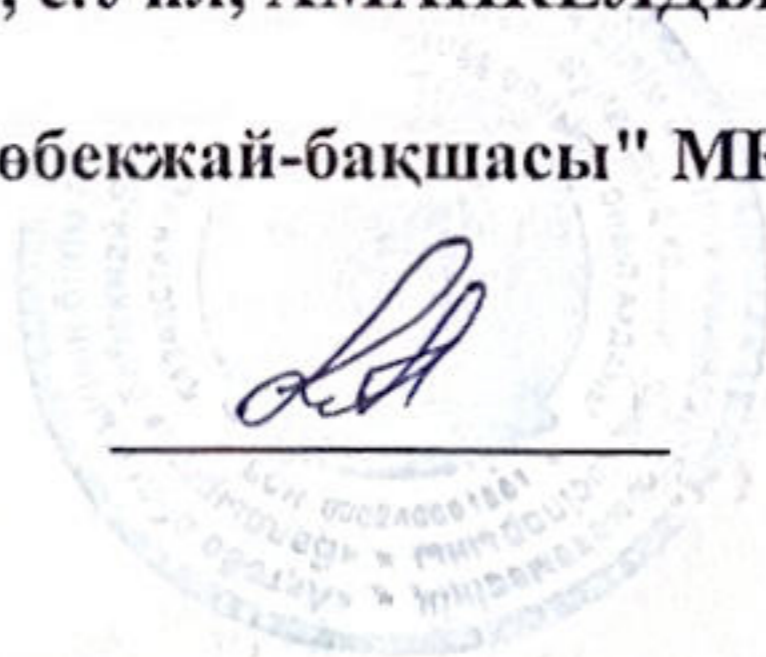
« 3 » 06 2025 ж.

"Балдырған" бөбекжай-бақшасы" МКҚК  
реквизиттері

БИН 000240001501  
АО "Евразийский Банк"  
ИИК KZ2794803KZT22030786  
БИК EURKZKA

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 Аманжол көшесі  
Үй 14 пәтер \_\_\_\_\_  
Үй тел: \_\_\_\_\_  
Жұмыс тел: \_\_\_\_\_  
Ұялы тел: 87478607499

Ата – аналар:

[Handwritten Signature]



"Dara bala" ақпараттық жүйесі

Ақтөбе облыс әкімдігі

Сайт: [darabala.kz](http://darabala.kz)

Бірігей номері: DDO.2024.68692.1

Өтінім күні: 12.04.2023

Жолдама күні: 03.06.2025



## МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМЫНА ЖОЛДАМА №30667

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: ДУЛАТ КЕРЕЙ НҰРБЕКҰЛЫ

Туған жылы: 12.04.2023

Оқу тілі: Қазақша

Жолдама күні: 03.06.2025

Жарамдылық мерзімі: 09.06.2025

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)





\* Препарат 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 (Т*)	Местная	
Вакцинация	родом	4.09.22	0,5	УУХ20004	ВР, В	н/б	н/б	
Ревакцинация								

### Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	
4	16.11.23	0,5	01320033А	н/б	н/б	

### Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
К	16.11.23	0,5	01320033А	н/б	н/б	

### Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	1, Беев	16.03.23	0,5	ГЛН706	превенар	н/б		
Ревакцинация	1/2	16.11.23	0,5	ГА2168	пкв1	н/б н/б		
	1/2	12.03.24	0,5	СН7785	пкв3	н/б н/б		

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.

Қазақстан Республикасы  
 Денсаулық сақтау министрлігі  
 Министерство здравоохранения Республики  
 Казахстан  
 Ұйымның атауы  
 Наименование организации

КҰЖЖ бойынша ұйым коды  
 Код организации по ОКПО  
 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің  
 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген  
 № 065/с 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) Дулат Демеу  
 2. Дата рождения 4.09.2022  
 3. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_  
 4. Домашний адрес: населенный пункт \_\_\_\_\_ улица Орал аудан ұл Абай  
 Дом 14 корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_  
 Отметки о перемене адрес \_\_\_\_\_

**Прививка против туберкулеза**

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)	
дата	результат						
		вакцинация	✓	6.09.22	0,05	037K-069	1 мес - патт 2 мес - тус 3 мес - руб 6 мес - руб 1 год - руб
		ревакцинация					

**Прививка против полиомелита**

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
16.03.23	16.03.23	U8N229	1/3	12.03.24	V3IB7IV			
1/2 мес	05.05.23	V0035IM						

**Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка\***

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	16.03.23	16.03.23	0,5	U8N229	аксаксим		шб	XI - 00/00/00/00/00
Ревакцинация	05.05.23	05.05.23	0,5	V0035IM	аксаксим		шб	
				V3 12.03.24	0,5 V3IB7IV	аксаксим	шб	

\* Препарат 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	12.04.23	12.04.23	0,5	0341004С	ВГ.А.В	Н/Б	Н/Б.	
Ревакцинация								

### Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Г*)	Местная	
10	12.12.23	0,5	0133N036A	Н/Б	Н/Б	

### Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
10	12.12.23	0,5	0133N036A	Н/Б	Н/Б	

### Прививка против других инфекций

превенор

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	11.11.23	16.06.23	0,5	ЕК6020	превенор			
Ревакцинация								

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.

КПК - № 24

№ ВП, А - № 25

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

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрлігі  
Министерство здравоохранения Республики  
Казахстан  
Ұйымның атауы  
Наименование организации

**КАРТА**

**профилактических прививок**

20 23 года " 14 " апрель взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Әуіт Херей

2. Дата рождения 12.04.2023

3. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

4. Домашний адрес: населенный пункт \_\_\_\_\_ улица Абай  
Дом 14 корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Отметки о перемене адрес \_\_\_\_\_

**Прививка против туберкулеза**

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация	12.04.23	13.04.23	0,05	03716091	1мес - туб 5мм 3мес - туб 5мм 6мес - туб 5мм
		ревакцинация					1гог. -

**Прививка против полиомиелита**

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V1	16.06.23	V3C741						
V2	12.03.24	V0C521V						

**Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка\***

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V1 2мес	16.06.23	0,5	V3C741V	коклюш	АБ	АБ	
Ревакцинация	V2	12.03.24	0,5	V0C521V	коклюш	АБ	АБ	



