

***Информированное добровольное согласие
на проведение медицинских манипуляций***

Я _____

ФИО

контактный телефон _____

На правах законного представителя даю согласие на проведение моей (моего) дочери (сына) *(нужное подчеркнуть)*

Ф.И.О. ребенка, дата рождения

находящейся(гося) в МБДОУ ПМО СО «Детский сад № 51» группы № _____ санитарно-гигиенических, противо-эпидемических, диагностических, лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на охрану здоровья и жизни ребенка, а именно:

- *проведение профилактических медосмотров,*
- *проведение профилактических прививок,*
- *оказание неотложной медицинской помощи.*

Данные виды медицинских манипуляций происходят в пределах образовательного учреждения, поликлиники ГАУЗ СО «Полевская ЦГБ»

Мне, законному представителю, предоставлен необходимый объем информации.

« ___ » _____ 2026г.

подпись

***Информированное добровольное согласие
на проведение медицинских манипуляций***

Я _____

ФИО

контактный телефон _____

На правах законного представителя даю согласие на проведение моей (моего) дочери (сына) *(нужное подчеркнуть)*

Ф.И.О. ребенка, дата рождения

находящейся(гося) в МБДОУ ПМО СО «Детский сад № 51» группы № _____ санитарно-гигиенических, противо-эпидемических, диагностических, лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на охрану здоровья и жизни ребенка, а именно:

- *проведение профилактических медосмотров,*
- *проведение профилактических прививок,*
- *оказание неотложной медицинской помощи.*

Данные виды медицинских манипуляций происходят в пределах образовательного учреждения, поликлиники ГАУЗ СО «Полевская ЦГБ»

Мне, законному представителю, предоставлен необходимый объем информации.

« ___ » _____ 2026г.

подпись