Согласие родителя (законного представителя) на медицинское

обслуживание несовершеннолетнего учащегося

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

даю согласие на получение ребёнком\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО ребёнка, дата рождения)

экстренной медицинской помощи, оказываемой квалифицированным пециалистом, включая при необходимости госпитализацию и хирургическое лечение, рекомендованное в интересах благополучия ребёнка.

Подпись

(расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)