Директору МКОУ «Средняя школа № 6»

городского округа город Фролово

Топчиевой А.И.

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

(ФИО родителя (законного представителя)

проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон

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

**Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя) на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетнего**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на основании Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи моему ребенку

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

учащему(ей)ся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса в МКОУ «Средняя школа № 6» городского округа город Фролово на следующие виды медицинских вмешательств, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 309-н, а именно:

- опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);

- медицинский осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, чесотку, микроспорию;

- антропометрические исследования;

- термометрию;

- тонометрию.

В доступной для меня форме мне разъяснены возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия.

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии у него медицинских показаний, требующих немедленного оказания специализированной помощи, с моего согласия будет доставлен в ближайшую медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи. Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) в медицинскую организацию я буду проинформирован(а) о этом медицинским работником, классным руководителем либо руководителем образовательного учреждения.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие дано мною и действует до момента отчисления моего ребенка из МКОУ «Средняя школа № 6» городского округа город Фролово.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата Подпись Ф.И.О.