Директору МАОУ ДО ДШИ

ЦЕЛИНСКОГО РАЙОНА

Ивлевой Н.В.

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 проживающего(ей) по адресу:

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

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

 контактный телефон:

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

**Информированное добровольное согласие родителя**

**(законного представителя) на медицинское вмешательство**

**в отношении несовершеннолетнего младше 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю информационное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи моему ребёнку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, обучающемуся в МАОУ ДО ДШИ ЦЕЛИНСКОГО РАЙОНА на следующие виды медицинских вмешательств, утверждённые приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 309н, а именно:

 - опрос (в том числе выявление жалоб);

- термометрию.

 В доступной для меня форме мне разъяснены цели и методы оказания медико-санитарной помощи моему ребёнку.

 Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребёнок (лицо, чьим законным представителем я являюсь), при наличии у него медицинских показаний, требующих немедленного оказания специализированной помощи или представляющих угрозу жизни и здоровью окружающих, будет доставлен в ближайшую к месту учёбы медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи. Мне разъяснено, что в случае направления ребёнка (лица, чьим законным представителем я являюсь) в медицинскую организацию, я буду проинформирован(а) об этом педагогом или руководителем образовательной организации.

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

 Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года и действует до момента отчисления моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ из МАОУ ДО ДШИ ЦЕЛИНСКОГО РАЙОНА.

 Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информационного согласия, я имею право отказаться от одного, нескольких или всех вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)