Образец

Информированное добровольное согласие родителя на медицинское вмешательство  
(при зачислении в образовательную организацию)

В соответствии со [ст. 20](http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/entry/20) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием обследования детей в возрасте до 18 лет является получение информированного согласия родителей или других законных представителей.

Я, [**Ф. И. О. одного из родителей**], проживающий по адресу: [**вписать нужное**], как законный представитель своего несовершеннолетнего сына (дочери) - [**Ф. И. О., дата рождения**], даю свое согласие:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Даю свое согласие на | Да/Нет |
| 1 | Проведение диспансеризации (осмотр врача-педиатра и врачей-специалистов) |  |
| 2 | Проведение электрокардиографии |  |
| 3 | Забор анализа крови и соскоба на энтеробиоз |  |
| 4 | Проведение профилактических прививок по Национальному календарю |  |
| 5 | Измерение веса, роста, артериального давления |  |
| 6 | Проведение осмотра на педикулез, чесотку, микроскопию |  |
| 7 | Оказание неотложной медицинской помощи |  |

 [**Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность**] гарантирует, что медицинское обслуживание осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего несовершеннолетнего сына (дочери).

Настоящее согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

[**число, месяц, год**]

Законный представитель: [**подпись, инициалы, фамилия**]

Врач-педиатр: [**подпись, инициалы, фамилия**]

Медсестра: [**подпись, инициалы, фамилия**]