

**Согласие родителя (законного представителя) на медицинское
обслуживание
несовершеннолетнего учащегося**

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

паспорт _____
(паспортные данные)

даю согласие на получение ребёнком _____
(ФИО ребёнка)

_____ экстренной медицинской помощи, оказываемой
(дата рождения)

квалифицированным специалистом, включая при необходимости госпитализацию и хирургическое лечение, рекомендованное в интересах благополучия ребёнка.

Подпись _____

(расшифровка подписи)

Дата заполнения _____