|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему МАДОУ д/с № 4 «Спутник» муниципального образования город – курорт ГеленджикЮ.С.Шмелевойот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Согласие родителя**
**(законного представителя) на медицинское вмешательство**
**в отношении несовершеннолетнего младше 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, в МАДОУ №4 «Спутник» на следующие виды медицинских вмешательств, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 309н, а именно:

* опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);
* медицинский осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, часотку, микроспорию;
* антропометрические исследования;
* термометрию, в том числе бесконтактным способом;
* тонометрию.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений.Я поставлен(а) в известность о том, что при наличии у ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) медицинских показаний, требующих немедленного оказания специализированной помощи или представляющих угрозу жизни и здоровью окружающих, я буду проинформирована медицинским работником, либо руководителем образовательной организации, и при данном мною согласии, ребенок будет доставлен в ближайшую медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи. Мне разъяснено, что в случае отсутствия связи с родителями (законными представителями), при необходимости оказания специализированной медицинской помощи, ребенок будет доставлен в ближайшую медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи по решению администрации учреждения.

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 ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ из МАДОУ №4 «Спутник».

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (расшифровкаподписи)**