

**Информированное добровольное согласие родителя на медицинское вмешательство
(при зачислении в Региональный центр выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи «Мира»)**

В соответствии со ст. 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, _____,

Фамилия Имя Отчество законного представителя

Проживающий (ая) по адресу: _____

как законный представитель своего несовершеннолетнего сына (дочери) –

Фамилия Имя Отчество обучающегося

даю свое согласие:

№ 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	

Региональный центр выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи «Мира» 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.

Законный представитель:

_____/_____/_____
подпись / расшифровка подписи / дата

Руководитель Регионального центра
выявления, поддержки и развития
способностей и талантов у детей
и молодежи «Мира»

_____/_____
подпись / дата

Хапугин И.А.