

Заявление

Я родитель (законный представитель)

_____ Ф.И.О.
согласен на проведение профилактического осмотра, диспансеризации, вакцинации, туберкулинодиагностики и медикаментозного лечения моему несовершеннолетнему ребёнку

« ____ » _____ 201__ г. _____ Ф.И. ребёнка
_____ ПОДПИСЬ

Расписка об отказе от профилактических прививок

Я _____ Ф.И.О. (полностью)
паспорт серия № _____ выдан _____
отказываюсь от проведения профилактических прививок против

_____ наименование инфекционного заболевания
моему ребёнку _____

_____ Ф.И. возраст ребёнка
О возможных последствиях развития и исхода инфекционного заболевания, против которого прививается мой ребёнок, а также временном отказе его приёма в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или угрозе возникновения эпидемии, в соответствии с Федеральным законом «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний №157-ФЗ от 17.09.1998 предупреждён(а) и в дальнейшем претензий иметь не буду.

« ____ » _____ 201__ г. _____
_____ подпись родителя _____ Ф.И.О. родителя
Подлинность подписи гр. _____ заверяю
_____ Ф.И.О. родителя (законного представителя)

МП врача _____
_____ подпись врача _____ Ф.И.О.врача

« ____ » _____ 201__ г.