

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

НА ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,

(НА ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА) ИЛИ ОТКАЗ

для детей, посещающих ДДУ и школу

Мы, родители ребёнка

Ф.И.О. ребенка, дата рождения _____

Ф.И.О. родителя _____

Ф.И.О. родителя _____

Согласны

Подпись

Не согласны

Подпись

(нужное подчеркнуть)