

Заведующему МБДОУ «Детский сад
«Звездочка» п. Школьное»
Ткач Н. Г.

ФИО заявителя (родителя (законного представителя) полностью
проживающего по адресу: _____

Контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка _____
(фамилия имя отчество ребенка (полностью))

_____ (дата рождения)
в дежурную группу на период с «__» _____ 2020 года по «__» _____ 2020 г.

Сведения о родителях (законных представителях) ребенка:

Матери: _____
(фамилия, имя отчество (полностью))

(должность, место работы, график работы)

отца: _____
(фамилия, имя отчество (полностью))

(должность, место работы, график работы)

Справки с места работы прилагаю.

Ознакомлена с тем, что дежурная группа формируется по разновозрастному принципу. Наполняемость дежурной группы не должна превышать 12 человек.

В целях профилактики коронавируса медсестрой детского сада или ответственным лицом проводится усиленный медицинский осмотр. Даю свое согласие на медицинское вмешательство в _____ отношении _____ несовершеннолетнего ребенка _____.

Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя) на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетнего младше 15 лет прилагается к заявлению.

_____ 20 _____ г. _____ / _____
дата подпись расшифровка подписи

Заведующему МБДОУ «Детский сад
«Звездочка» п. Школьное»
Ткач Н. Г.
от

паспорт _____ выдан

Проживающего (ей) по адресу:

контактный телефон: _____

**Информированное добровольное согласие родителя
(законного представителя) на медицинское вмешательство
в отношении несовершеннолетнего младше 15 лет**

Я, _____ года рождения,
зарегистрированный по адресу: _____,
на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации» добровольно даю информированное согласие на оказание
первичной медико-санитарной помощи моему ребенку _____
_____ 20__ года рождения в _____ 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, чесотку, микроспорию;
- антропометрические исследования;
- термометрию;
- тонометрию;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений.

Я поставлен (а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии медицинских показаний, требующих немедленного оказания специализированной помощи или представляющих угрозу жизни и здоровью окружающих, будет доставлен в ближайшую к месту проведения программы медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи. Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) в медицинскую организацию, я буду проинформирован(а) об этом медицинским работником либо руководителем образовательной организации.

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 детского сада.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информационного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного, нескольких или всех вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

_____ 20__ года