

## Согласие родителей на оказание медицинских услуг.

Я, \_\_\_\_\_

( Фамилия, имя, отчество родителей, паспорт №, выдан)

с требованиями медицинского отбора и правилами направления детей в ДЛОО «ДЕЛЬФИН-АДЭЛАНТЭ» ознакомлен(а) и подтверждаю, что мой ребенок не имеет ограничений по состоянию здоровья для пребывания в ДЛОО «ДЕЛЬФИН-АДЭЛАНТЭ».

Я даю / не даю разрешение медицинскому персоналу в случае необходимости осуществлять консультации узких специалистов, выполнять рентгеновские снимки, необходимые анализы, инъекции и проводить лечение моего ребенка (ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

В случае заболевания моего ребенка и/или необходимости экстренной медицинской помощи прошу связаться со мной по телефону \_\_\_\_\_

Я обязуюсь в случае моего **отказа** от медицинского обслуживания сотрудниками медицинского пункта ДЛОО «ДЕЛЬФИН-АДЭЛАНТЭ» самостоятельно забрать ребенка из ДЛОО «ДЕЛЬФИН-АДЭЛАНТЭ».

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

---

Обращаю Ваше внимание, что моему ребенку необходимо продолжить противорецидивное лечение по назначению лечащего врача (копию листа назначений прилагаю). В связи с чем у моего ребенка имеются лекарственные препараты ( наименование и количество) \_\_\_\_\_

---

---