

Добровольное информированное согласие

Я, нижеподписавшийся _____
(ФИО родителя полностью)

_____ года рождения, проживающий по адресу _____

являюсь законным представителем _____
(ФИО ребенка)

В соответствие с действующими нормативно-правовыми актами при необходимости оказания медицинской помощи моему ребенку доверяю принятие решения о необходимости медицинского вмешательства руководителям похода _____ без моего участия.

Паспорт серия _____ № _____ дата выдачи _____
Кем выдан _____

Дата _____

Подпись _____

Примечание: у моего ребенка есть / нет аллергические реакции: пищевые, бытовые, лекарственные (если есть, укажите): _____