**Директору** **МКОУ «СОШ №31» п.Восток**

**Зинаиде Ивановне Мазур**

от*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  года рождения в ***МКОУ «СОШ №31» п. Восток*** на следующие виды медицинских вмешательств, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 309н, а именно:

* опрос (в том числе выявление жалоб)
* медицинский осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, часотку.
* термометрию;
* тонометрию;

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 у него 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 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* года и действует до момента отчисления моего ребенка *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* из ***МКОУ «СОШ № 31» п. Восток*.**

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата |  |  *Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |