**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, специализированной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания детей в загородном оздоровительно-образовательном лагере «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                          (Ф.И.О. родителя, иного законного представителя)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., проживающий(-ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес родителя, иного законного представителя)

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребёнку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения,

(ФИО ребёнка, от имени которого выступает законный представитель)

чьим родителем (иным законным представителем) я являюсь,  проживающему по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фактический адрес проживания ребенка)

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации. Я ознакомлен(а) с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, в доступной для меня форме, а также уведомлен(а) в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован(а) по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим родителем (иным законным представителем) я являюсь, медицинскому работнику оздоровительно-образовательной организации.

Дополнительные сведения:

|  |  |
| --- | --- |
| Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания? Какого? |  |
| Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных препаратов? Каких?  |  |
| Есть ли у ребенка аллергия? На что? |  |
| Есть ли у ребенка непереносимость продуктов питания? Каких? |  |
| Есть ли у ребенка противопоказания для занятий спортом? |  |
| Другие особенности здоровья, требующие внимания |  |
| Все вышеперечисленные особенности здоровья у ребенка отсутствуют |  |

**Необходимо отметить как минимум один критерий.**

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в  оздоровительно-образовательной  организации с "\_\_" \_\_\_\_ 2025 г.  до "\_\_\_" \_\_\_\_ 2025 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись, Ф.И.О. одного из родителей, иного законного представителя)

Дата оформления добровольного информированного согласия "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.