

**Согласие родителя (законного представителя) на медицинское  
обслуживание  
несовершеннолетнего учащегося**

Я, \_\_\_\_\_,  
*(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))*

паспорт \_\_\_\_\_  
*(паспортные данные)*

даю согласие на получение ребёнком \_\_\_\_\_  
*(ФИО ребёнка)*

\_\_\_\_\_ экстренной медицинской помощи, оказываемой  
*(дата рождения)*

квалифицированным специалистом, включая при необходимости госпитализацию и хирургическое лечение, рекомендованное в интересах благополучия ребёнка.

Подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(расшифровка подписи)*

Дата заполнения \_\_\_\_\_