

Уважаемые родители/опекуны.

Необходимо Ваше согласие на оказание плановой медицинской помощи Вашему ребенку.

В 20...../20..... учебном году Вы даёте согласие на организацию для вашего ребёнка

_____ работниками Ахтмеской школы

(Имя, Фамилия ученика)

следующих услуг:

Плановые медицинские услуги:

1. сделать следующие прививки:

- от дифтерии+столбняка

Да

Нет

(Подпись)

- от папилломовируса (HPV)

Да

Нет

(Подпись)

- от кори, краснухи, паротита

Да

Нет

(Подпись)

- от В-гепатита

Да

Нет

(Подпись)

2. провести профилактический
осмотр у врача

Да

Нет

(Подпись)

3. по необходимости оказание
медицинской помощи школьной медсестрой

Да

Нет

(Подпись)

В случае, если врач выписал лекарство Вашему ребенку, которое Вы принесли в школу, необходимо также предъявить предписание врача на прием лекарства.

4. давать ребенку лекарство
по предписанию врача

Да

Нет

(Подпись)

Желаете ли периодически обновлять разрешение на оказание медицинской помощи?

Да

Нет

(Подпись)

(Имя фамилия родителя)

(Дата)