

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ

Я, _____
(Ф.И.О.)

разрешаю в случае необходимости оказать моему ребенку

(Ф.И.О.)

медицинскую помощь по показаниям.

«___» _____ 20__ г. _____

(подпись)

(расшифровка)