

**Информационное согласие родителей (законных представителей)
на получение дошкольной образовательной организацией у учреждений здравоохранения
уточнённой информации и рекомендаций о состоянии здоровья воспитанника**

Я, _____,

(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

являясь родителем (законным представителем) Воспитанника

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

зарегистрированного по адресу:

на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие МДОАУ «Детский сад № 124» (далее – дошкольная образовательная организация) на получение от учреждений здравоохранения уточнённой информации либо рекомендаций:

- об основных характеристиках заболевания Воспитанника и побочных явлениях при лечении (при наличии), которые необходимо учитывать педагогическим работникам в процессе обучения;

- об особенностях эмоционально-психического развития и других состояний Воспитанника (при наличии), которые необходимо учитывать в процессе обучения;

- об имеющихся противопоказаниях у Воспитанника в приёме определённых продуктов питания (при наличии);

- об иных особенностях развития Воспитанника, которые необходимо учитывать дошкольной образовательной организации при оказании взятых на себя обязательств (при наличии);

- об отнесении Воспитанника к группе здоровья в соответствии с его состоянием здоровья;

- об отнесении воспитанника к медицинской группе для занятий физической культурой.

Даю согласие на:

- доврачебную медицинскую помощь;

- изоляцию заболевшего Воспитанника и организацию ухода за Воспитанником, находящимся в изоляторе;

- оказание неотложной медицинской помощи при несчастных случаях, транспортировку в ближайший стационар в случае невозможности прибытия родителей (законных представителей) Воспитанника.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены.

Настоящее согласие подписано «___» _____ 20___ г. и действует на время пребывания моего ребенка в МДОАУ «Детский сад № 124».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес дошкольной образовательной организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручении лично под расписку представителю дошкольной образовательной организации.

«___» _____ 20___ г.

_____/_____/_____
(подпись, расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при поступлении в муниципальное дошкольное
образовательное автономное учреждение «Детский сад №124» для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я, _____
Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

_____ *адрес проживания родителей (законных представителей) обучающегося*
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь _____

_____ *Ф.И.О. ребенка, дата рождения*
проживающего по адресу: _____

_____ *адрес проживания ребенка*
первичной медико-санитарной помощи в муниципальном дошкольном образовательном автономном учреждении «Детский сад №124» _____

_____ *наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь*
медицинским работником медицинской сестрой ГАУЗ «Детской городской клинической больницы» города Оренбурга поликлиники № 5 _____
должность, Ф.И.О. медицинского работника

В случае ее отсутствия педагогом, прошедшим обучение по программе «Первая помощь», и находящимся рядом с ребенком в момент, требуемый для оказания ему первой помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи.

Опрос, в том числе выявление жалоб, термометрия, антропометрические исследования, тонометрия, осмотр (только пальпация), лечебная физкультура, оказание экстренной первой помощи _____

_____ *виды медицинских вмешательств*
я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

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

_____ *Подпись, Ф.И.О. медицинского работника*

« ____ » _____ Г.

Дата оформления информированного добровольного согласия