

**Согласие родителей на оказание первичной медико-санитарной помощи:**

От \_\_\_\_\_  
ФИО законного представителя учащегося/воспитанника полностью

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Место рождения: \_\_\_\_\_

Основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

серия: \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_

Проживающего: \_\_\_\_\_

адрес по регистрации: \_\_\_\_\_

фактический адрес: \_\_\_\_\_

Информация для контактов: \_\_\_\_\_

Законного представителя: \_\_\_\_\_

Кем приходится обучающемуся/воспитаннику

Обучающегося/воспитанника: \_\_\_\_\_

ФИО обучающегося/воспитанника

Класс/группа: \_\_\_\_\_

Полное наименование учреждения/организации

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Место рождения: \_\_\_\_\_

Основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

серия: \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_

Проживающего: \_\_\_\_\_

адрес по регистрации: \_\_\_\_\_

фактический адрес: \_\_\_\_\_

**Согласие родителей на госпитализацию обучающегося по медицинским показаниям  
в медицинскую организацию:**

От \_\_\_\_\_  
ФИО законного представителя учащегося/воспитанника полностью

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Место рождения: \_\_\_\_\_

Основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

серия: \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_

Проживающего: \_\_\_\_\_

адрес по регистрации: \_\_\_\_\_

фактический адрес: \_\_\_\_\_

Информация для контактов: \_\_\_\_\_

Законного представителя: \_\_\_\_\_

Кем приходится обучающемуся/воспитаннику

Обучающегося/воспитанника: \_\_\_\_\_

ФИО обучающегося/воспитанника

Класс/группа: \_\_\_\_\_

Полное наименование учреждения/организации

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Место рождения: \_\_\_\_\_

Основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
серия: \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_

Проживающего: \_\_\_\_\_  
адрес по регистрации: \_\_\_\_\_  
фактический адрес: \_\_\_\_\_

## ЛИСТ СОГЛАСИЯ

Подтверждаю свое согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи и на госпитализацию обучающегося по медицинским показаниям в медицинскую организацию обучающегося летнего пришкольного профильного лагеря дневного пребывания «Lingvarium» при Государственном бюджетном общеобразовательном учреждении Республики Марий Эл «Гуманитарная гимназия «Синяя птица» им. Иштриковой Т. В.»

Срок действия данного согласования устанавливается на период:

С 8.06.2022

По 17.06.2022

Заполняется заявителем

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Ответственного за обработку персональных данных