

**Информированное добровольное согласие (информированный отказ) родителей  
(законных представителей) ребенка на медицинское вмешательство**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

я \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя заполняется собственноручно)

законный представитель ребенка \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

выражаю \_\_\_\_\_  
( согласие, отказываюсь - заполняется собственноручно)

**на (от) проведение(я) медицинской помощи в случае возникновения неотложных  
состояний моему ребенку**

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)