

**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.)