

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
обучающегося регионального центра выявления, поддержки и развития способностей
и талантов детей и молодёжи Ставропольского края «Сириус 26» на осуществление
полномочий в процессе оказания медицинской помощи несовершеннолетнему ребёнку

Я, _____
(Ф.И.О. родителя, законного представителя несовершеннолетнего ребенка полностью)

проживающий (ая) по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____ выдан _____
(кем и когда)

являясь _____
(родителем, усыновителем, опекуном) (Ф.И.О. несовершеннолетнего ребенка)

проживающего (ей) по адресу: _____

в период прохождения ребёнком обучения в региональном центре «Сириус 26» с _____ по _____ даю региональному центру «Сириус 26» в лице его сотрудников согласие:

– **на принятие решения о необходимости обращения в медицинскую организацию** на территории г. Ставрополя, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, для получения моим ребёнком медицинской помощи;

– **на сопровождение моего ребёнка в медицинскую организацию**, осуществляющую медицинскую деятельность на территории г. Ставрополя, и обратно в региональный Центр «Сириус 26», на встречу ребёнка при его выписке (в том числе по результатам осмотра в приёмном отделении медицинской организации) по окончании стационарного обследования или лечения ребёнка в медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность на территории г. Ставрополя;

– **на подписание от моего имени информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство**, показанное моему ребёнку. При реализации вышеуказанного права я согласен (согласна), что медицинской организацией может быть передана информация о состоянии его здоровья региональному центру «Сириус 26»;

– **на подписание** в медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность на территории г. Ставрополя, от моего имени согласия на обработку персональных данных моего ребёнка, подписание и подачу заявлений о передаче медицинских документов, содержащих сведения о состоянии здоровья моего ребёнка;

– **на принятие решения об отказе от медицинского вмешательства**, показанного моему ребёнку, и подписание от моего имени соответствующих документов, включая информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства;

– **на направление запросов и получение информации о состоянии здоровья моего ребёнка**, включая медицинскую документацию, её копии, выписки из неё, из медицинской организации за период, ограниченный периодом прохождения ребёнком обучения на профильной / спортивной смене в региональном центре «Сириус 26»;

– **на осуществление иных полномочий** в процессе оказания медицинской помощи моему ребёнку.

« _____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)