

**Информационное согласие родителей (законных представителей) на получение
муниципальным бюджетным общеобразовательным учреждением
Александровского района Оренбургской области
«Каликинская основная общеобразовательная школа
имени Героя социалистического труда Сеницына Александра Ивановича»
у учреждений здравоохранения уточнённой информации и рекомендаций о состоя-
нии здоровья воспитанника**

Я, _____
(ФИО родителя (законного представителя))
являюсь родителем (законным представителем) Воспитанника _____

_____ (ФИО ребенка, дата рождения)
проживающий(ая) по адресу: _____

на основании Федерального закона от 21.11.2011г. № 323–ФЗ «Об основах охраны здо-
ровья граждан в РФ» даю согласие МБОУ «Каликинская ООШ имени Сеницына А.И.» (далее
– образовательная организация) на получение от учреждений здравоохранения уточнён-
ной информации либо рекомендаций:

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

- об особенностях эмоционального и других состояний Воспитанника (при нали-
чии), которые необходимо учитывать в процессе обучения;

- об имеющихся противопоказаниях у Воспитанника в приеме определённых про-
дуктов питания;

- об иных особенностях развития Воспитанника, которые необходимо учитывать
Исполнителю при оказании взятых на себя обязательствах.

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

- об отнесении воспитанника к медицинской группе для занятий физической куль-
турой.

Даю согласие на:

- доврачебную медицинскую помощь;

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

- оказание неотложной медицинской помощи при несчастных случаях, транспорти-
ровку 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 дошкольной группе МБОУ «Каликинская ООШ имени Си-
ницына А.И.».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответ-
ствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес МБОУ
«Каликинская ООШ имени Сеницына А.И.» по почте заказным письмом с уведомлением о
вручении либо получении под расписку представителю образовательной организации.

«_____» _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись, расшифровка подписи)