

О Б Р А З Е Ц

заполняется

от руки

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

для родителей (законных представителей) несовершеннолетних воспитанников

в целях исполнения Приказа министерство здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н "О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" (в ред. Приказов Минздрава РФ от 03.07.2018 № 410н, от 13.06.2019 № 369н)

1.	от 2 до 5 лет	<ul style="list-style-type: none">▪ Педиатр(другие специалисты по назначению педиатра)	
2.	от 6 до 7 лет	<ul style="list-style-type: none">▪ Педиатр▪ Невролог▪ Детский хирург▪ Детский стоматолог▪ Травматолог-ортопед▪ Офтальмолог▪ Оториноларинголог▪ Психиатр детский▪ Акушер-гинеколог (в отношении девочек)▪ Детский уролог-андролог (в отношении мальчиков)▪ Детский эндокринолог	

ВЫПИСКА из Постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 № 57 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.2.3110-13 "Профилактика энтеробиоза":

IV. Профилактические мероприятия

4.3.3. Плановые профилактические обследования детей и обслуживающего персонала в детских дошкольных коллективах и коллективах младшего школьного возраста проводятся 1 раз в год (после летнего периода, при формировании коллектива) и (или) по эпидемическим показаниям.

4.3.5. Руководители организаций, учреждений, индивидуальные предприниматели обеспечивают выполнение профилактических мероприятий.

Профилактические медицинские осмотры и профилактические мероприятия:

СОГЛАСЕН / НЕ СОГЛАСЕН / БУДУ ПРИСУТСТВОВАТЬ (нужное подчеркнуть)

дата _____ 20__ г.

Ф.И.О. родителя (законного представителя) несовершеннолетнего воспитанника:

Иванова Мария Андреевна

Ф.И.О. / дата рождения несовершеннолетнего воспитанника:

Иванов Сергей Петрович

00 ноября 0000 года г.р.

Иванова Мария Андреевна

(Ф.И.О. расшифровка, подпись (законного представителя) несовершеннолетнего воспитанника)