

Директору ФМШ СФУ

от _____

ФИО родителя / законного представителя (полностью)

родителя / законного представителя

ФИО поступающего в ФМШ СФУ (полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____

ФИО родителя/законного представителя

даю согласие / заявляю отказ на медицинское вмешательство моему ребенку,
(нужное подчеркнуть)

ФИО поступающего в ФМШ СФУ (полностью)

на период обучения в ФМШ СФУ.

Основания:

1. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1, ст. 32 (Согласие на медицинское вмешательство) и ст. 33 (Отказ от медицинского вмешательства);
2. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», ст. 5 (Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики) и ст. 11 (О проведении вакцинации с согласия родителей несовершеннолетних).

« ____ » _____ 2024 г.

Подпись родителя (законного представителя)