

ПРИЛОЖЕНИЕ 6  
к письму о проведении 5-ти дневных учебных  
сборов обучающихся образовательных  
организаций Челябинской области на базе  
войсковой части 86274

Информированное добровольное согласие  
на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной помощи,  
скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи  
в период пребывания на 5-ти дневных учебных сборах обучающихся образовательных  
организаций Челябинской области на базе войсковой части 86274

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)

дата рождения: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г., проживающий(-ая) по  
адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Контактный сотовый телефон

\_\_\_\_\_  
Даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства  
моему \_\_\_\_\_ ребенку

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., ребенка, дата рождения)

\_\_\_\_\_, чьим законным представителем я являюсь, при оказании первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (в соответствии с приказом Минздрава России от 13.06.2018 г. № 327-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха») в рамках проведения 5-ти дневных учебных сборов обучающихся образовательных организаций Челябинской области.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен в том, что при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи я буду информирован по вышеуказанному телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику

\_\_\_\_\_  
Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка во время проведения в 5-ти дневных учебных сборах обучающихся образовательных организаций Челябинской области на базе войсковой части 86274 с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г. по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

---

---

Подпись, (Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)

---

Подпись

(Ф.И.О., медицинского работника оргкомитета)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 год.  
Дата оформления информированного добровольного согласия