

УТВЕРЖДЕНО  
распоряжением Министерства здравоохранения  
Московской области  
от 08.07.2020 № 90-Р

Форма

### СОГЛАСИЕ

законного представителя несовершеннолетнего на получение санаторно-курортного лечения  
несовершеннолетним в условиях сохранения рисков распространения новой коронавирусной  
инфекции COVID-19

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя и (при наличии) отчество, полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

(кем и когда выдан)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_ электронная почта: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель), \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью несовершеннолетнего)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.р.,

паспорт (свидетельство о рождении) серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть)

выдан (о) \_\_\_\_\_

(кем и когда выдан)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

\_\_\_\_\_ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

в соответствии с частью 2 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах  
охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(а) медицинским  
работником \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

о том, что по результатам осмотра и оценки состояния здоровья ребенка, и установленного ему  
диагноза, возможно оказание \_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы ребенка)

санаторно-курортного лечения в детском санатории в условиях сохранения рисков  
распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Также мне разъяснено о рисках  
заражения ребенка новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в том числе по пути следования  
в детский санаторий и во время пребывания в нем.

После чего я выражаю свое согласие на получение санаторно-курортного лечения в детском санатории \_\_\_\_\_

(наименование детского санатория)

в условиях сохранения рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы ребенка)

Настоящее согласие действует в течение санаторно-курортного лечения несовершеннолетнего в детском санатории, и может быть отозвано путем направления в адрес медицинской организации

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо путем вручения лично под расписку представителю медицинской организации.

Срок хранения согласия соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пять лет для поликлиник.

Подпись законного представителя  
несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)