

**Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия
Невского района Санкт-Петербурга
информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство*
(осмотр невролога, педиатра, ортопеда, психиатрическое освидетельствование)**

Я, мать (отец, опекун, усыновитель) _____

Паспорт серия _____ № _____, кем выдан и когда _____

Ф.И.О. полностью

_____ согласен (согласна) на медицинское вмешательство в отношении
ребенка _____, _____ года рождения

Ф.И.О. полностью

Отец (мать, опекун, усыновитель) _____

информирован (на) и не возражает против медицинского вмешательства.

Свидетельство о рождении ребенка, серия, номер _____ выдан _____

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ подпись законного представителя
*пп.1,2 ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации"