**Информационное согласие родителей (законных представителей)**

**на получение дошкольной образовательной организацией у учреждений здравоохранения уточнённой информации и рекомендаций о состоянии здоровья воспитанника**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

являясь родителем (законным представителем) Воспитанника

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

зарегистрированного по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие МДОАУ «Детский сад № 69 » (далее – дошкольная образовательная организация) на получение от учреждений здравоохранения уточнённой информации либо рекомендаций:

- об основных характеристиках заболевания Воспитанника и побочных явлениях при лечении (при наличии),которые необходимо учитывать педагогическим работникам в процессе обучения;

- об особенностях эмоционально-психического развития и других состояний Воспитанника(при наличии), которые необходимо учитывать в процессе обучения;

-об имеющихся противопоказаниях у Воспитанника в приёме определённых продуктов питания (при наличии);

-об иных особенностях развития Воспитанника, которые необходимо учитывать дошкольной образовательной организации при оказании взятых на себя обязательств (при наличии);

- об отнесении Воспитанника к группе здоровья в соответствии с его состоянием здоровья;

- об отнесении воспитанника к медицинской группе для занятий физической культурой.

**Даю согласие на:**

- доврачебную медицинскую помощь;

-изоляцию заболевшего Воспитанника и организацию ухода за Воспитанником, находящимся в изоляторе;

-оказание неотложной медицинской помощи при несчастных случаях, транспортировку в ближайший стационар в случае невозможности прибытия родителей (законных представителей) Воспитанника.

**Я ознакомлен** (ознакомлена) и **согласен** (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены.

Настоящее согласие подписано «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. и действует на время пребывания моего ребенка в МДОАУ «Детский сад № 69 ».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес дошкольной образовательной организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручении лично под расписку представителю дошкольной образовательной организации.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись, расшифровка подписи)