

заявления
об оплате стоимости набора продуктов питания в лагере с дневным
пребыванием детей

В _____

(наименование организации, организующей лагерь
с дневным пребыванием детей)

(наименование должности, Ф.И.О. руководителя)

(Ф.И.О., паспортные данные заявителя)

(адрес места жительства, номера служебного,

домашнего телефонов)

заявление.

Прошу моему ребенку _____

(Ф.И.О., дата, год рождения)

оплатить стоимость набора продуктов питания в лагере дневным
пребыванием детей в

(название организации отдыха детей и их оздоровления)

(место расположения организации отдыха детей и их оздоровления)

На период (смену) с _____ до _____ 20 ____ г.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации

Я, _____,
Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя
" _____ " _____ г. рождения,

проживающий(-ая) по адресу:

адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

контактный телефон _____

даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

Ф.И.О. ребенка, от имени которого выступает законный представитель

" _____ " _____ г. рождения,
чьим законным представителем я являюсь,
проживающему по адресу: _____

фактический адрес проживания ребенка

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации.

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 неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше 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 случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации и ответственному педагогическому работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации с " _____ " _____ 20 ____ г. до " _____ " _____ 20 ____ г.

Подпись Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

" _____ " _____ 20 ____ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия