СОГЛАСИЕ

Я **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

являясь родителем (законным представителем)

*(фамилия, имя ребёнка)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*дата рождения ребёнка*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса МОБУ «СОШ №21» г. Дальнегорска,

проживающего по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю согласие на проведение профилактического медицинского осмотра ребенка врачом (фельдшером), включая проведение лабораторных исследований (анализ биологических сред экспресс-методом) на наличие наркотических средств и психотропных веществ.

Дата Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_