Главному врачу

ГБУЗ АО АГДКП

Коробейникову О.В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полностью ФИО

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

законного представителя ребенка)

## заявление

Прошу провести моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полностью Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вакцинацию против новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Я подтверждаю, что моему ребенку исполнилось 12 лет, и еще не исполнилось 18 лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я согласен вакцинировать моего ребенка от новой коронавирусной инфекции COVID-19\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я знаю, что моему ребенку не будут делать прививки против его / ее воли\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я знаю, что мой ребенок должен предоставить подробную информацию о своем здоровье, наличием аллергической реакции на лекарственные препараты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я знаю, что необходимо обратиться за медицинской помощью, если реакция на вакцину проявится позже или если физическое состояние моего ребенка каким-либо образом изменится после вакцинации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ФИО законного представителя ребенкадата подпись

Главному врачу

ГБУЗ АО АГДКП

Коробейникову О.В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полностью ФИО

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

законного представителя ребенка)

## заявление

Прошу провести моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полностью Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вакцинацию против новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Я подтверждаю, что моему ребенку исполнилось 12 лет, и еще не исполнилось 18 лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я согласен вакцинировать моего ребенка от новой коронавирусной инфекции COVID-19\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я знаю, что моему ребенку не будут делать прививки против его / ее воли\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я знаю, что мой ребенок должен предоставить подробную информацию о своем здоровье, наличием аллергической реакции на лекарственные препараты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я знаю, что необходимо обратиться за медицинской помощью, если реакция на вакцину проявится позже или если физическое состояние моего ребенка каким-либо образом изменится после вакцинации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО законного представителя ребенка дата подпись