**Информированное согласие**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (ФИО полностью)

родитель/законный представитель несовершеннолетнего обучающегося

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО обучающегося)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.р., даю свое согласие на профилактический медицинский осмотр врачом психиатром-наркологом, исследование биологических жидкостей на содержание наркотических средств и психотропных веществ (ст. Федерального закона «ОБ охране здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (в ред. От 06.04.2015)), а так же проведение плановых профилактических прививок.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (ФИО)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.