

# ФОРМА СОГЛАСИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ<sup>55 PA</sup>

CODE CHAPTERS 3270.124(a)(b), 3270.181 & 182, 3280.124(a)(b), 3280.181 & 182, 3290.124(a)(b), 3290.181 & 182

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЁНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
АДРЕС			
ИМЯ МАТЕРИ / ЛЕГАЛЬНОГО ОПЕКУНА		ДОМАШНИЙ № ТЕЛЕФОНА	
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ		МОБИЛЬНЫЙ № ТЕЛЕФОНА	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС			
МЕСТО РАБОТЫ		РАБОЧИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
АДРЕС			
ИМЯ ОТЦА / ЛЕГАЛЬНОГО ОПЕКУНА		ДОМАШНИЙ № ТЕЛЕФОНА	
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ		МОБИЛЬНЫЙ № ТЕЛЕФОНА	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС			
МЕСТО РАБОТЫ		РАБОЧИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
АДРЕС			
КОНТАКТ(Ы) ДЛЯ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЕВ		ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА, КОГДА РЕБЕНОК НАХОДИТСЯ ПОД ПРИСМОТРОМ
ЛИЦО (ЛИЦА), КОТОРОМУ (КОТОРЫМ) РЕБЕНОК МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРЕДАН		ИМЯ	АДРЕС
			НОМЕР ТЕЛЕФОНА, КОГДА РЕБЕНОК НАХОДИТСЯ ПОД ПРИСМОТРОМ
ИМЯ ВРАЧА РЕБЕНКА/ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
АДРЕС			
ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЕСЛИ ТАКОВЫЕ ИМЕЮТСЯ)		АЛЛЕРГИИ (ВКЛЮЧАЯ РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВА)	
МЕДИЦИНСКАЯ ИЛИ ДИЕТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ		ЛЕКАРСТВА, СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ	
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОСОБЫХ ПОТРЕБНОСТЯХ РЕБЕНКА			
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ РЕБЕНКА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЕ ПОСОБИЕ		НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА (ОБЯЗАТЕЛЬНО)	
<b>ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЕЙ ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ КАЖДОГО ПУНКТА НИЖЕ, ЧТОБЫ ПОДТВЕРДИТЬ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ</b>			
ПОЛУЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ		НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ	
ПРОГУЛКИ И ПОЕЗДКИ		ПЛАВАНИЕ	
ТРАНСПОРТИРОВКА ПО ОБЪЕКТУ		ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ	

**ПЕРИОДИЧЕСКИЙ ПЕРЕСМОТР**

\_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА

\_\_\_\_\_

ДАТА

\_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА

\_\_\_\_\_

ДАТА

ОРИГИНАЛ