**СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ**

**МАТЬ / законный представитель / РЕБЕНКА**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| Место работы |  |
| ТЕЛЕФОНЫ: |
| Сотовый |  |
| Рабочий |  |

**ОТЕЦ / законный представитель / РЕБЕНКА**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| Место работы |  |
| ТЕЛЕФОНЫ: |
| Сотовый |  |
| Рабочий |  |

**ОТЧИМ / РЕБЕНКА – при наличии**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| Место работы |  |
| ТЕЛЕФОНЫ: |
| Сотовый |  |
| Рабочий |  |

**ФИО, контактные телефоны граждан, через которых можно передавать сведения о состоянии и здоровье ребенка (с указанием статуса – бабушка, дедушка, тетя, дядя, няня и пр.)**

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

**Мед. учреждение, в котором ребенок наблюдается:**

БОЛЬНИЦА название, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПОЛИКЛИНИКА № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ УЧАСТОК № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефоны поликлиники: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО педиатра: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Разрешаю сотрудникам МБДОУ № 328 ежедневно осматривать ребенка:**

**Родитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись) (расшифровка)

* **При заболевании, травме ребенка в детском саду разрешаю оказывать экстренную доврачебную помощь:**

**Родитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**