**Информационное согласие родителей (законных представителей) на проведение профилактических прививок**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_г. рождения Даю добровольное согласие на проведение профилактических прививок своему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения

Я Информирован (а) о характере предстоящей прививки, возможном развитии неприятных ощущений и реакции на прививку, а также возможных неблагоприятных последствиях в поствакцинальном периоде ( общее недомогание, повышение температуры, болезненность ,отечность и покраснение в месте инъекции, аллергические реакции и т.д.)Я проинформирован(а) о том , что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998г, № 157- « Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

Запрет граждан на выезд в страны , пребывание в которых в соответствии с международными медико- санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок: Временный отказ в приеме детей в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемии; Основание: ст 20 (о согласии на медицинское вмешательство) ФЗ « Об охране здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011г № 323ФЗ; Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное. **Уважаемые родители (законные представители)!** Вашему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в период **2025-2026** учебный год согласно Национального календаря прививок необходимо сделать следующие прививки:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название прививки | Согласие или отказ (отметить) | Подпись родителя | Фамилия выполнившего прививку подпись, дата. |
| АДС-М |  |  |  |
| Полиомиелит |  |  |  |
| Проба Манту |  |  |  |
| Грипп |  |  |  |
| Клещевой энцеф. V1, V2, RV |  |  |  |
| Туляремия |  |  |  |