

СОГЛАСИЕ  
родителей (или законных представителей)  
на проведение профилактических прививок против COVID-19 с  
использованием вакцины \_\_\_\_\_  
(наименование вакцины)

Я,

\_\_\_\_\_,

(ФИО родителя/законного представителя)

даю согласие на вакцинацию против COVID-19 своей дочери (сына)

\_\_\_\_\_,  
года рождения,  
(ФИО ребенка)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.  
(дд.мм.гггг)

проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_.  
(адрес места жительства/пребывания)

Номер телефона для связи \_\_\_\_\_

Я ознакомлен(а) с информационным листом, прилагаемым к  
настоящему согласию и подтверждаю, что проинформирован(а):  
о смысле и цели вакцинации,  
о процедуре проведения прививки,  
о возможных рисках, связанных с отказом от вакцинации.

Мне ясно, что после проведения профилактических прививок  
возможны побочные (нежелательные) реакции, я информирован (а) о тактике  
действий в случае их возникновения.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы пациента/  
законного представителя)