

Информированное добровольное согласие на медицинское обследование члена спортивной сборной команды Московской области

(вид спорта (спортивная дисциплина), название федерации)

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

паспорт:

(серия, номер, кем и когда выдан)

адрес регистрации:

являясь законным представителем (родитель, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» даю **информированное добровольное согласие на медицинское обследование в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московский областной консультативно-диагностический центр для детей»** лица, законным представителем которого я являюсь, в объемах Программы углубленного медицинского обследования (УМО) лиц, занимающихся спортом, на различных этапах спортивной подготовки (приложение № 2 к Порядку организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 марта 2016 г. № 134н, далее – Программа).

Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения о целях и задачах предстоящего медицинского обследования в объемах, предусмотренных Программой, и даю согласие на проведение (по медицинским показаниям) осмотров другими профильными специалистами.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных лицом, законным представителем которого я являюсь, и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности лица, законным представителем которого я являюсь.

Я **подтверждаю согласие на обработку и использование** в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **персональных данных** (информации о состоянии здоровья и функциональных возможностях организма, другой информации, полученной в результате медицинских обследований) лица, законным представителем которого я являюсь, и их передачу:

- тренерскому составу (врачу) спортивной сборной команды Московской области и руководству спортивной федерации;

- Министерству физической культуры и спорта Московской области (по отдельному запросу).

(подпись)		(Ф.И.О. законного представителя)

(подпись)		(должность и Ф.И.О. медицинского работника)

“		”			г.
---	--	---	--	--	----

(дата оформления)