



ТВОЕ НЕБО

ДЕТСКАЯ АВИАЦИОННАЯ ШКОЛА

ИП Сикорский Виктор Алексеевич

ОГРНИП 326300000044430

ИНН 30250202240

г. Иркутск

Тел.: +7 995 325 06 99

Email: info@твоенебо.рф

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

к приказу № 10 от «22» сентября 2026 г.

СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

г. Иркутск «___» _____ 20__ г.

Я, _____ (ФИО полностью), паспорт: серия _____ № _____,
выдан _____, зарегистрированный(ая) по адресу:
_____.

действующий(ая) как законный представитель (родитель/опекун) несовершеннолетнего:
_____ (ФИО ребёнка полностью), дата рождения: «___» _____ г.,

даю своё согласие на медицинское вмешательство в отношении моего несовершеннолетнего ребёнка в период его нахождения на занятиях, мастер-классах, экскурсиях и иных мероприятиях, проводимых Индивидуальным предпринимателем Сикорским Виктором Алексеевичем (далее — Оператор).

1. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Согласие даётся на следующие виды медицинского вмешательства:

- оказание первой (доврачебной) помощи при травмах, отравлениях, внезапных заболеваниях, укусах, перегреве, переохлаждении и иных состояниях, требующих неотложной помощи;
- вызов скорой медицинской помощи и госпитализацию ребёнка при необходимости;
- проведение медицинских манипуляций, необходимых для спасения жизни и здоровья (остановка кровотечения, обработка ран, наложение повязок, иммобилизация при переломах);
- применение лекарственных препаратов в экстренных случаях (при наличии медицинских показаний).

2. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Медицинская помощь оказывается в объёме, необходимом для устранения угрозы жизни и здоровью ребёнка.

2.2. В случае необходимости Оператор обязуется **немедленно уведомить** меня по телефону: _____ о произошедшем и о принятых мерах.

2.3. При невозможности связаться со мной Оператор действует в интересах ребёнка, руководствуясь принципом «не навреди» и необходимостью сохранения жизни и здоровья.

3. ОГРАНИЧЕНИЯ

3.1. Настоящее согласие **не распространяется** на:

- плановые медицинские процедуры (прививки, осмотры, анализы);
- лечение, требующее длительного медицинского вмешательства;
- медицинские вмешательства, не связанные с неотложной помощью.

3.2. Для указанных случаев требуется **отдельное согласие** законного представителя.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ

Согласие действует на период с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.



ТВОЕ НЕБО

ДЕТСКАЯ АВИАЦИОННАЯ ШКОЛА

ИП Сикорский Виктор Алексеевич

ОГРНИП 326300000044430

ИНН 30250202240

г. Иркутск

Тел.: +7 995 325 06 99

Email: info@твоенебо.рф

5. ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ

5.1. Я вправе отозвать настоящее согласие в любое время путём подачи письменного заявления Оператору.

5.2. Отзыв согласия не распространяется на медицинскую помощь, уже оказанную в экстренном порядке.

6. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Права и обязанности в области охраны здоровья несовершеннолетних, предусмотренные Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», мне разъяснены. Согласие дано добровольно, осознанно и в полном объёме.

«___» _____ 20___ г.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Индивидуальный предприниматель

/Сикорский В.А./