

Главному врачу  
ГБУЗ АО АГДКП  
Коробейникову О.В.  
ОТ \_\_\_\_\_  
(полностью ФИО

законного представителя ребенка)

## заявление

Прошу провести моему ребенку \_\_\_\_\_  
(полностью Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения)

\_\_\_\_\_ вакцинацию  
против новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Я подтверждаю, что моему ребенку исполнилось 12 лет, и еще не исполнилось 18 лет \_\_\_\_\_

Я согласен вакцинировать моего ребенка от новой коронавирусной инфекции COVID-19 \_\_\_\_\_

Я знаю, что моему ребенку не будут делать прививки против его / ее воли \_\_\_\_\_

Я знаю, что мой ребенок должен предоставить подробную информацию о своем здоровье, наличии аллергической реакции на лекарственные препараты \_\_\_\_\_

Я знаю, что необходимо обратиться за медицинской помощью, если реакция на вакцину проявится позже или если физическое состояние моего ребенка каким-либо образом изменится после вакцинации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ФИО законного представителя ребенка дата

\_\_\_\_\_  
подпись