Информационное добровольное согласие

Я, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____, _____, д. __, кв. _____ в отношении _____ 20___года рождения, проживающе_ по адресу: _____, нуждающе___ в длительном лечении, даю информационное добровольное согласие:

- о сообщении сведений об основных характеристиках заболевания ребенка и побочных явлениях при лечении, которые необходимо учитывать педагогическим работникам в процессе обучения;
- о сообщении сведений об особенностях эмоционального и других состояний ребенка, которые необходимо учитывать в процессе обучения;
- о составе и характере сведений о состоянии здоровья ребенка, месте нахождения на лечении, форме передачи, случаях, при которых допустимо их сообщение третьим лицам (одноклассникам, родительскому комитету класса и другим) с целью социальной поддержки ребенка в период длительного лечения.

_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____

Даю согласие на обработку указанных персональных данных для целей организации обучения.

_____

- _____
- _____
- _____
  _____
- _____

_____ _____ _____