

## Доверенность

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя и отчество полностью) (дата рождения)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Кем выдан \_\_\_\_\_

Проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

доверяю \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя и отчество сопровождающего полностью) (дата рождения)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Кем выдан \_\_\_\_\_

Проживающему(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

сопровождать в/из АО «Санаторий «Митино» моего ребенка \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя и отчество ребенка полностью) (дата рождения)

Свидетельство о рождении: \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

кем выдано \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
быть представителем моего ребенка в АО «Санаторий «Митино», подписывать за меня все необходимые документы требуемые для заселения (размещения) моего несовершеннолетнего ребенка, знакомиться с внутренней документацией санатория (правилами/положениями касающимися проживания в санатории, получения медицинских процедур), принимать решения по вопросам медицинского вмешательства, получать справки и документы, нести ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка в период нахождения его в АО «Санаторий «Митино».

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.      Подпись родителя: \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.      Подпись доверенного лица: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
АО «Санаторий «Митино» принимает и отдает детей только законным представителям или на основании доверенности, написанной в простой форме родителями. Согласно ст. 64 Семейного кодекса РФ родители являются законными представителями своих детей. Таким образом, только родители (опекуны или попечители) несут ответственность за содержание, воспитание, обучение, защиту прав и законных интересов несовершеннолетних.

**АНКЕТА на ребенка,  
направляемого на лечение и отдых в АО «Санаторий «МИТИНО»**

Ф.И.О. ребенка: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Хронические заболевания (при наличии): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Перенесенные операции и травмы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Постоянный (или на период пребывания в санатории) прием лекарственных препаратов: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Законный представитель (мать, отец, опекун, усыновитель)  
несовершеннолетнего:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

Контактный тел.: +7 \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.      Подпись: \_\_\_\_\_