

Директору
ОГБПОУ «Смоленский базовый
медицинский колледж
имени К.С. Константиновой»

Е.А. Ястребовой

(Фамилия Имя Отчество законного
представителя обучающегося)

(Номер телефона)

**согласие
на посещение обучающимся
Школы юного медика**

Я, _____,
(Фамилия Имя Отчество родителя или законного представителя)

даю согласие на посещение

(Фамилия, Имя. Отчество обучающегося)

обучающимся _____
(класс и наименование общеобразовательного учреждения)

занятий Школы юного медика, которые проводятся на базе ОГБПОУ
«Смоленский базовый медицинский колледж имени К.С. Константиновой».
Меры безопасности в связи с неблагоприятной эпидемической обстановкой
обязуемся соблюдать.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись