|  |  |
| --- | --- |
|  | ДиректоруОГБПОУ «СБМКимени К.С. Константиновой»**Е.А. Ястребовой**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия Имя Отчество законногопредставителя 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 «СБМК имени К.С. Константиновой».

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  *Подпись*