

Ф.И.О. (родителя) _____

Ф.И.О. (несовершеннолетнего ребенка) _____

Уважаемый родитель! Ваш ребенок подлежит постановке **ДИАСКИНАТЕСТА-ДСТА (идентичен пробе МАНТУ)** обязательному ежегодному обследованию на туберкулез.

Согласие _____

Отказ _____ (при отказе указать причину)

Дата _____ Подпись _____

✂ _____ ✂

Ф.И.О. (родителя) _____

Ф.И.О. (несовершеннолетнего ребенка) _____

Уважаемый родитель! Ваш ребенок подлежит постановке **ДИАСКИНАТЕСТА-ДСТА (идентичен пробе МАНТУ)** обязательному ежегодному обследованию на туберкулез.

Согласие _____

Отказ _____ (при отказе указать причину)

Дата _____ Подпись _____

✂ _____ ✂

Ф.И.О. (родителя) _____

Ф.И.О. (несовершеннолетнего ребенка) _____

Уважаемый родитель! Ваш ребенок подлежит постановке **ДИАСКИНАТЕСТА-ДСТА (идентичен пробе МАНТУ)** обязательному ежегодному обследованию на туберкулез.

Согласие _____

Отказ _____ (при отказе указать причину)

Дата _____ Подпись _____

✂ _____ ✂

Ф.И.О. (родителя) _____

Ф.И.О. (несовершеннолетнего ребенка) _____

Уважаемый родитель! Ваш ребенок подлежит постановке **ДИАСКИНАТЕСТА-ДСТА (идентичен пробе МАНТУ)** обязательному ежегодному обследованию на туберкулез.

Согласие _____

Отказ _____ (при отказе указать причину)

Дата _____ Подпись _____