

**Déclaration de consentement des parents pour la levée du
secret professionnel**

Moi, _____ (Nom/Prénom)
mère/père de _____ (Nom Prénom de
l'enfant, date de naissance) indique par la présente à
_____, d'envoyer les rapports des consultations
médicales de mon enfant jusqu'à nouvel ordre à
_____ (Nom, prénom et
adresse de la personne autorisé). Je libère
_____ du secret professionnel à
l'égard de la personne concernée.

БУДЬ ЛАСКА, ЗАПОВНІТЬ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ (ЛАТИНИЦЕЮ)

**Заява про згоду батьків на звільнення від збереження
професійної таємниці**

Я, _____ (Прізвище/ І'мя) мати /батька дитини
_____ (Прізвище/ І'мя дитини, дата
народження) доручаю цим _____ надсилати звіти
про медичні консультації моєї дитини до подальшого
оповіщення: _____ (Прізвище, І'мя та
адреса уповноваженої особи). Я звільняю _____ від
збереження професійної таємниці по відношенню до уповноваженої особи.