Заведующей МБДОУ детский сад

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

действующей в интересах своего несовершеннолетнего ребенка-инвалида

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с ч. 1 статьи 64 Семейного кодекса РФ защита прав и интересов детей возлагается на их родителей. Родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, без специальных полномочий.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действую в интересах своего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

По заключению врача гастроэнтеролога моей дочери проводится ферментная терапия лекарственным препаратом Панкреатин (Креон) «25000Ед» 8-10 капсул в сутки, ежедневно, постоянно, во время приёма пищи по индивидуальной схеме.

Данный препарат назначен по жизненным показаниям, по индивидуальной схеме, замене и отмене не подлежит. Отмена приема данного препарата (неприменение при каждом приеме пищи) может привести к развитию опасных для здоровья моего ребенка невосполнимых осложнений, вплоть до наступления жизненно - угрожающего состояния.

## Ребенок посещает дошкольное образовательное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

## В виду возраста ребенок не может самостоятельно контролировать прием препарата, в связи с чем нуждается в помощи для приема лекарственного препарата.

На основании вышеизложенного и согласно Приказу Минздрава России от 14.04.2025 N 213н "Об утверждении порядка оказания несовершеннолетним медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях**" прошу:**

**Обеспечить соответствующее хранение и применение лекарственного препарата «Креон 25.000» моей дочери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р в соответствии с назначениями врача (прилагаются).**

Приложение:

Копия св-ва о рождении ребенка

Копия паспорта законного представителя

Копия медицинской выписки

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_