

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов несовершеннолетнего гражданина

(дата и место совершения доверенности прописью)

Я, гражданин _____
(гражданство) (Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью)

" ____ " _____ г. рождения, паспорт: серия _____ № _____,
выдан _____
" ____ " _____ г., зарегистрирован(а) по адресу: _____

действуя свободно, своей волей и в интересах своего несовершеннолетнего (недееспособного) ребёнка
_____ года рождения,
(Ф.И.О. ребёнка полностью) (дата рождения)
свидетельство о рождении/паспорт: серия _____ № _____,
выдан(о) _____
" ____ " _____ г.,

уполномочиваю настоящей доверенностью гр. Российской Федерации

(Ф.И.О. доверенного лица полностью)
" ____ " _____ г. рождения, паспорт: серия _____ № _____,
выдан _____
" ____ " _____ г., зарегистрирован по адресу: _____

выполнять полномочия законного представителя моего ребёнка и представлять мои интересы:

1. сопровождать несовершеннолетнего ребёнка _____

(Ф.И.О. ребёнка)
для проведения Выездного богослужения детско-подросткового служения «Царские охотники»
Религиозной группы Церкви христиан веры евангельской «Ученики Христа» в период с **27 августа 2026**
года по 30 августа 2026 года в Республика Адыгея, Майкопский муниципальный район, Даховское
сельское поселение, посёлок Усть-Сахрай, Северо-Восточный квартал, дом 406, а также
представлять мои интересы по отношению к моему ребёнку в официальных органах и нести
ответственность за его жизнь и здоровье в период с 27 августа 2026 года по 30 августа 2026 года.
2. во взаимоотношениях с ГБУЗ Майкопского района Каменноостской поликлиникой, расположенным
по адресу: Республика Адыгея, п. Каменноостский, ул. Гагарина, д. 32В и иными третьими лицами по
всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством, в частности:
 - подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребёнку;
 - принимать все решения относительно здоровья моего ребёнка и подписывать добровольные
информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств;
 - оплачивать лечение из моих средств;
 - получать информацию о здоровье моего ребёнка на приёме врачей, в виде копий медицинской
документации и выписок из неё.

Настоящая доверенность выдана без права передоверия сроком на 15 дней.

Доверитель: _____ / _____
(Ф.И.О. родителя/законного представителя) (подпись)

Доверенное лицо: _____ / _____
(Ф.И.О. доверенного лица) (подпись)