

# 父母同意书

声明人：\_\_\_\_\_，\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

公民身份证号码：\_\_\_\_\_

声明人：\_\_\_\_\_，\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

公民身份证号码：\_\_\_\_\_

我们是\_\_\_\_\_（公民身份证号码：\_\_\_\_\_）的父母，我们知道孩子患有易性证，现孩子希望通过手术的方式解决，我们了解手术的不可逆性对手术出现的风险能够理解和接受。

声明人：\_\_\_\_\_