

Конфиденциально исполняющей
обязанности директора муниципального
казенного общеобразовательного учреждения
"Талицкая основная общеобразовательная
школа № 8"
Сидоровой Марине Петровне
от _____
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

Адрес проживания: _____

Контактный телефон: _____

**Добровольное информирование согласие родителя (законного представителя)
обучающегося,
не достигшего возраста 15 лет на участие в социально-психологическом тестировании,
направленном на раннее выявление немедицинского потребления
наркотических средств и психотропных веществ**

Я, _____
(Ф.И.О. полностью), являюсь родителем (законным представителем)

_____ (Ф.И.О. обучающегося) «____» _____ года рождения, проживающего по адресу _____

(указывается фактический адрес проживания, обучающегося), даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в социально-психологическом тестировании в _____ учебном году. О целях, процедуре и последствиях социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях, а также о порядке проведения профилактического медицинского осмотра.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения социально-психологического тестирования и его продолжительности.

О конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а).

С Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, утвержденного Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию о моем ребенке, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс в поименных списках для передачи обобщенных результатов социально-психологического тестирования в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для планирования дополнительных мер по профилактике немедицинского потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ.

_____/_____/Дата _____
(подпись) (расшифровка)

Конфиденциально исполняющей
обязанности директора муниципального
казенного общеобразовательного учреждения
"Талицкая основная общеобразовательная
школа № 8"

Сидоровой Марине Петровне

от _____
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

Адрес проживания: _____

Контактный телефон: _____

**Добровольный информированный отказ родителя (законного представителя) от
прохождения социально-психологического тестирования по Единой методике
обучающихся, достигшего возраста 15 лет**

Я, _____

(ФИО полностью)

«__» _____ года рождения, отказываюсь от прохождения моим ребенком
социально-психологического тестирования по Единой методике в целях раннего выявления
незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Об условиях и конфиденциальности проведения тестирования осведомлен (а).

С Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в
общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях,
утвержденного Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 г.
№59 ознакомлен (а).

Дата: _____

(подпись)

(расшифровка)