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

(наименование образовательной организации)

адрес: МКОУ «Новомонастырская СОШ»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

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

(Ф.И.О. обучающегося)

домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью), являюсь родителем (законным

представителем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.

обучающегося) «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, проживающее \_\_\_ по

адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается фактический

адрес проживания обучающегося), даю свое добровольное согласие на участие моего

ребенка в социально-психологическом тестировании в 20\_\_\_ - 20\_\_\_\_ 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 общеобразовательных 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,

а также в образовательных организациях высшего образования, утвержденного Приказом

Минобрнауки России от 16.06.2014 N 658 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Расшифровка

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководителю

МКОУ «Новомонастырская СОШ»

(наименование образовательной организации)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

класс (группа):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Добровольное информирование согласие**

**обучающегося, достигшего возраста 15 лет на участие**

**в социально-психологическом тестировании,**

**направленном на раннее выявление немедицинского потребления**

**наркотических средств и психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО обучающегося полностью), «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года

рождения, проживаю по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается фактический адрес проживания обучающегося), даю свое добровольное согласие на участие в социально-психологическом тестировании в 20\_\_\_ - 20\_\_\_\_ 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 общеобразовательных 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, а также в образовательных

организациях высшего образования, утвержденного Приказом Минобрнауки России от 16.06.2014

N 658 ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию о себе, а именно: фамилию, имя, отчество, дату

рождения, класс (группу) 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Расшифровка

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_