

Добровольное информированное 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, _____,
(фамилия, имя, отчество)

являясь родителем/ законным представителем
несовершеннолетнего _____

—

(фамилия, имя, отчество ребенка),

проживающего по
адресу _____
(указывается фактический адрес проживания ребенка)

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
выявление скрытой и явной рискогенности социально-психологических условий, формирующих
психологическую готовность к аддиктивному (зависимому) поведению у лиц подросткового и юношеского
возраста, 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.

« ____ » _____ 20__ г.

_____/_____
(Подпись) (Расшифровка подписи)

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

Я,

(указать Ф.И.О. полностью)

родитель (законный представитель)
обучающегося _____

(указать Ф.И.О. ребенка, год рождения, класс)

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 № 59 ознакомлен(а).

« _____ » _____ 20 ____ г.

_____ / _____ /
(Подпись) (Расшифровка подписи)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 176582781996954633309689447090513787464982389959

Владелец Тарасова Тамара Георгиевна

Действителен с 05.03.2024 по 05.03.2025