

**Бланк информационного согласия
родителей (законных представителей)
(подведомственные МОиМП СО, муниципальные)
Директору**

_____ (наименование образовательной организации)

адрес: _____

от _____

(Ф.И.О. родителя/законного представителя обучающегося)

адрес проживания: _____

_____ ,

контактный телефон: _____

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,

(Ф.И.О. родителя/законного представителя обучающегося полностью)

Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего обучающегося

(Ф.И.О. обучающегося полностью)

«_____» _____ года рождения, обучающегося в

(название образовательной организации, класс)

даю свое добровольное согласие на участие моего(й) несовершеннолетнего(ней) сына/дочери (лишнее зачеркнуть) 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 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 образования и молодежной политики Свердловской области от 06.06.2024 №155-и, ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию о ребенке, 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.

Дата: _____ / _____ / _____
(Подпись) (Расшифровка)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 647030360437668574821219143876024766403350370960

Владелец Тарасова Тамара Георгиевна

Действителен С 14.01.2026 по 14.01.2027