

Руководителю

(наименование образовательной организации)
адрес: _____

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), паспортные данные
родителя _____ (законного представителя)
_____ (серия, номер, дата и место выдачи
паспорта), являюсь _____ родителем _____ (законным
представителем) _____ (Ф.И.О.
обучающегося) "___" _____ года рождения, проживающе _____ 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

(наименование организации здравоохранения)

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

(Ф.И.О. обучающегося)

(наименование общеобразовательной организации,
в которой обучается)

домашний адрес : _____,
контактный телефон: _____

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

Я, _____ (ФИО полностью), паспортные данные родителя
(законного представителя) _____ (серия, номер,
дата и место выдачи паспорта), являюсь родителем (законным
представителем) _____ (Ф.И.О.
обучающегося) "___" _____ года рождения, проживающе _____ по
адресу _____ (указывается фактический адрес
проживания обучающегося),

даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в профилактическом медицинском
осмотре в 20___ - 20___ учебном году.

О целях, процедуре и последствиях профилактического медицинского осмотра, направленного
на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных
веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке и этапах проведения
профилактического медицинского осмотра обучающихся.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения профилактического медицинского
осмотра.

О конфиденциальности проведения профилактического медицинского осмотра осведомлен(а),
с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в
общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также
образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного
потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденного Приказом
Минздрава России от 06.10.2014 N 581н ознакомлен(а).

Подпись / _____
Расшифровка

Дата