

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), являюсь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося) «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего \_\_\_\_\_ по адресу \_\_\_\_\_ (указывается фактический адрес проживания обучающегося), даю / не даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в социально-психологическом тестировании в 20\_\_ - 20\_\_ учебном году(нужное подчеркнуть).

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

Директору ГОКУ «Санаторная школа интернат №4»  
М.А. Правдюк

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), 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 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