

Руководителю

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)  
адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обучающегося)  
домашний адрес: \_\_\_\_\_,  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Информированное согласие родителя (законного представителя) обучающегося, не достигшего возраста 15 лет, на участие в социально-психологическом тестировании**

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

О целях, процедуре 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.

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  
от 20.02.2020г. N59 ознакомлен(а).

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

Подпись

Расшифровка

Дата

Руководителю

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)  
адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обучающегося)  
класс (группа): \_\_\_\_\_,  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Информированное согласие обучающегося, достигшего возраста 15 лет, на участие в социально-психологическом тестировании**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО обучающегося полностью), «\_\_» \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_ проживаю по \_\_\_\_\_ адресу  
\_\_\_\_\_ (указывается фактический адрес  
проживания обучающегося), **даю / не даю** (нужное подчеркнуть) свое согласие на участие в  
социально-психологическом тестировании в 20\_\_ - 20\_\_ учебном году.

О целях, процедуре 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.

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 от 20.02.2020 г N59 (Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в образовательных организациях высшего образования от 20.02.2020г. №239) ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

**Информированное 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 / не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на участие моего ребенка в профилактическом медицинском осмотре в 20\_\_ - 20\_\_ учебном году, а также на передачу в территориальную организацию здравоохранения персональных данных моего ребенка для проведения профилактического медицинского осмотра, а именно: ФИО, дату рождения, класс (группу), результаты социально-психологического тестирования.

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 и Приказом Минздрава России от 23.03.2020г. №213н ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_ /

Подпись

Расшифровка

Дата

Руководителю

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)  
адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обучающегося)

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

**Информированное согласие обучающегося, достигшего возраста 15 лет, на участие в профилактическом медицинском осмотре, 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 / не даю** (нужное подчеркнуть) свое согласие на участие в профилактическом медицинском осмотре в 20\_\_ - 20\_\_ учебном году, а также на передачу в территориальную организацию здравоохранения своих персональных данных для проведения профилактического медицинского осмотра, а именно: ФИО, дату рождения, класс (группу), результаты социально-психологического тестирования.

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 и Приказом Минздрава России от 23.03.2020г. №213н ознакомлен(а).

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

Подпись

Расшифровка

Дата