И.о.директора

МАОУ г.Нягани СОШ №2

Г.Н.Саенко

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

класс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие обучающегося, 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. обучающегося полностью), «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается фактический адрес проживания обучающегося),

даю свое добровольное согласие на участие в социально-психологическом тестировании
в 2024– 2025 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 [Минпросвещения России от 20 февраля 2020 г. № 59.](https://www.google.com/url?q=http://fcprc.ru/projects/hotline/legal-docs&sa=D&source=editors&ust=1637719627439000&usg=AOvVaw0BwrlwaHnh8DQe_6HoS4c9) ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию о себе, 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 незаконного потребления обучающимися наркотических средств
и психотропных веществ.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись/ расшифровка

И.о.директора

МАОУ г.Нягани СОШ №2

Г.Н.Саенко

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие родителей**

**(законных представителей) 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. 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 социально-психологическом тестировании в 2024– 2025 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 [Минпросвещения России от 20 февраля 2020 г. № 59.](https://www.google.com/url?q=http://fcprc.ru/projects/hotline/legal-docs&sa=D&source=editors&ust=1637719627439000&usg=AOvVaw0BwrlwaHnh8DQe_6HoS4c9) 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 незаконного потребления обучающимися наркотических средств
и психотропных веществ.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись/ расшифровка