

Руководителю

(наименование образовательной организации)

(Ф.И.О. руководителя)

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 202_ - 202_ 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, ознакомлен(а).

подпись/

расшифровка

«»20 _____ г.