

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г. № \_\_\_\_\_

Директору (наименование ОО)  
адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. директора ОО)  
родителя \_\_\_\_\_  
(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**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью),  
являюсь родителем (законным представителем)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обучающегося)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий 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, утвержденным приказом Минпросвещения России от 20.02.2020 г. № 59 ознакомлен(а).

Я полностью удовлетворен(на) полученными сведениями.

Я согласен(на) выполнять инструкции, полученные от уполномоченного лица, проводящего тестирование.

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ /  
Подпись

\_\_\_\_\_ /  
Ф.И.О.