

Руководителю
МБОУ Сортовская ООШ
(наименование образовательной организации)
адрес: Иркутская область Заларинский район
д.Сорты ул.Тракторная, 2

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 2024- 2025 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