

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, НЕ ДОСТИГШЕГО ВОЗРАСТА
ПЯТНАДЦАТИ ЛЕТ**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

родитель (законный представитель)

_____ (фамилия, имя, отчество обучающегося)

_____, (дата рождения)

обучающегося в муниципальном общеобразовательном учреждении "Средняя школа № 7"

в _____ классе.

телефон _____.

• даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на участие моего ребенка (подопечного) в социально-психологическом тестировании, направленном выявление латентной и явной рискогенности социально-психологических условий, формирующих у обучающихся психологическую готовность к аддиктивному (зависимому) поведению и поставлен(а) в известность о соблюдении конфиденциальности при проведении и хранении результатов социально-психологического тестирования;

• даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое добровольное согласие на участие моего ребенка (подопечного) в профилактическом медицинском осмотре в целях раннего выявления потребления наркотических средств и психотропных веществ, проводимым государственным бюджетным учреждением здравоохранения Ярославской области «Ярославская областная клиническая наркологическая больница» и поставлен(а) в известность о неразглашении результатов профилактического медицинского осмотра.

Дата _____

Подпись _____