

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом департамента  
образования и молодежной  
политики Новгородской области  
от 01.03.2017 № 179

**ФОРМА**

информированного согласия родителей (законных представителей)  
обучающихся, не достигших возраста 15 лет, на участие в социально-  
психологическом тестировании обучающихся, направленном на раннее  
выявление немедицинского потребления наркотических средств  
и психотропных веществ, в 2017 году

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя  
(законного представителя) обучающегося)  
адрес \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество), являющ\_\_\_\_\_ матерью (отцом, законным представителем),

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество обучающегося) «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года  
рождения, добровольно даю согласие на участие моего ребенка в социально-  
психологическом тестировании обучающихся, направленном на раннее выявление  
немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ (далее  
тестирование).

Я поставлен(а) в известность о целях, процедурах и последствиях тестирования, его  
анонимности. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся  
тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 года

\_\_\_\_\_  
(подпись)

## ФОРМА

информированного отказа родителей (законных представителей) обучающихся, не достигших возраста 15 лет, от участия в социально-психологическом тестировании обучающихся, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, в 2017 году

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя  
(законного представителя) обучающегося)  
адрес \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество), являющ\_\_\_\_\_ матерью (отцом, законным представителем),

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество обучающегося) «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, добровольно отказываюсь от участия моего ребенка в социально-психологическом тестировании обучающихся, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ (далее тестирование).

Я поставлен(а) в известность о целях, процедурах и последствиях тестирования, его анонимности. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 года

\_\_\_\_\_  
(подпись)