УТВЕРЖДЕНА

распоряжением

министерства

образования и науки

Хабаровского края

от " " №

Форма

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ

(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, НЕ ДОСТИГШЕГО ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью) – родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать ФИО ребенка), \_\_\_\_\_\_\_ года рождения, обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название образовательной организации, класс, группа) добровольно даю согласие на участие моего ребенка в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я получил (а) объяснения о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о возможных результатах тестирования.

Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования.

Я полностью удовлетворена (а) полученными сведениями.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись, расшифровка

Заместитель начальника

управления общего

и дополнительного образования И.М. Ивлева