УТВЕРЖДЕНА

распоряжением

министерства

образования и науки

Хабаровского края

от " " №

Форма

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ), ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, НЕ ДОСТИГШЕГО ВОЗРАСТА 15 лет

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью) – родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать ФИО ребенка), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (образовательная организация, класс, группа) отказываюсь от участия 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