**Добровольное информирование согласие родителя (законного представителя) на проведение социально-психологического тестирования обучающегося, не достигшего возраста 15 лет**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать Ф.И.О. полностью) – родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать Ф.И.О. ребенка), \_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название и номер образовательной организации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса(группы) даю свое согласие на проведение социально-психологического тестирования моего ребенка в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ. Об условиях и конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а), с «Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Подпись Расшифровка

Дата