УТВЕРЖДЕНА

распоряжением

министерства

образования и науки

Хабаровского края

 от " " 2020 г. №

Форма

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ

(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, НЕ ДОСТИГШЕГО ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью) – родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать ФИО ребенка) /последнее при наличии/, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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) разъяснения о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о возможных результатах тестирования.

Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования.

Я полностью удовлетворен (а) полученными сведениями.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.

Подпись, расшифровка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_