

**Бланк информационного отказа
обучающегося, достигшего возраста 15 лет
(подведомственные МОиМП СО, муниципальные)**

Директору

_____ (наименование образовательной организации)

адрес: _____

от _____
(Ф.И.О. обучающегося)

адрес проживания: _____

контактный телефон: _____

**Добровольный информированный отказ обучающегося, достигшего возраста 15 лет,
а также родителей (законных представителей) детей с ОВЗ (ограниченными возможностями
здоровья), детей инвалидов на участие в социально-психологическом тестировании,
направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и
психотропных веществ**

Я, _____
(Ф.И.О. обучающегося полностью)

«_____» _____ года рождения, даю свое добровольное согласие на участие в
социально-психологическом тестировании в 2026/2027 учебном году.

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя/законного представителя обучающегося полностью)

родитель (законный представитель) обучающегося _____
_____, «_____» _____ года рождения.
(Ф.И.О.)

О целях, процедуре и последствиях социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях, а также о порядке проведения профилактического медицинского осмотра.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения социально-психологического тестирования и его продолжительности.

О конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а).

С Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, утвержденного Приказом Министерства образования Свердловской области от 25.06.2026 №133-и, ознакомлен(а).

Дата: _____ / _____ /
(Подпись обучающегося) (Расшифровка)

Дата: _____ / _____ /
(Подпись родителя/законного представителя) (Расшифровка)