**Добровольный информированный отказ 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 отказываюсь от участия моего ребенка в социально-психологическом тестировании, направленного на профилактику незаконного потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ.

Я получил(а) от членов комиссии объяснения о цели тестирования, об условиях и его длительности. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Расшифровка

Дата

**Добровольный информированный отказ на проведение социально-психологического тестирования обучающегося, достигшего возраста 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать Ф.И.О. полностью), \_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, обучающийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название и номер образовательной организации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса (группы) отказываюсь от участия в социально-психологическом тестировании, направленного на профилактику незаконного потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ.

Я получил(а) от членов комиссии объяснения о цели тестирования, об условиях и его длительности. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Расшифровка

Дата