УТВЕРЖДЕНА

распоряжением

министерства

образования и науки

Хабаровского края

от " " 2020 г. №

Форма

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью) – родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать ФИО ребенка) /последнее при наличии/, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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) 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020г.

Подпись, расшифровка