

**Информированный отказ**

ФОРМА №5

Директору

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)  
адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)  
адрес проживания: \_\_\_\_\_,

контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Добровольный информированный отказ родителя (законного представителя)  
от прохождения социально-психологического тестирования по Единой методике обучающегося,  
не достигшего возраста 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_ (указать Ф.И.О. полностью)  
- родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (указать Ф.И.О. ребенка, год рождения)  
обучающегося \_\_\_\_\_  
(название и номер образовательной организации, класс/группа)

отказываюсь от прохождения моим ребенком социально-психологического тестирования по Единой методике 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, утвержденного Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

/ \_\_\_\_\_ /  
(Расшифровка)

Дата