

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ),  
ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, НЕ ДОСТИГШЕГО ВОЗРАСТА 15 лет  
Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью) –  
\_\_\_\_\_ родитель (законный представитель)  
\_\_\_\_\_ (указать ФИО ребенка),  
\_\_\_\_\_ 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) объяснения о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о возможных результатах тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования.

Я полностью удовлетворена (а) полученными сведениями.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись, расшифровка