

**СОГЛАСИЕ**

**на проведение освидетельствования, в целях сохранения здоровья детей и раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем ребенка (указать: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка)

дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

обучающегося в \_\_\_\_\_ классе ОУ № \_\_\_\_\_

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное согласие на проведение в течение 2019-2020 учебного года освидетельствования (социально-педагогического тестирования; профилактического медицинского осмотра) моего ребенка, не достигшего 15-летнего возраста на предмет раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я проинформирован (а) о том, что процедура освидетельствования носит конфиденциальный характер, не подлежит разглашению в соответствии со ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и, что результаты тестирования мне будут доступны.

подпись родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество

Дата \_\_\_\_\_, Подпись \_\_\_\_\_, Ф.И.О. \_\_\_\_\_