

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

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. матери (отца/иного законного представителя) обучающегося)

адрес: \_\_\_\_\_,  
телефон: \_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_,  
адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Информированное согласие  
на участие в социально-психологическом тестировании,  
направленном на раннее выявление немедицинского потребления  
наркотических средств и психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_, являющ\_\_ матерью (или: отцом/законным представителем (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ " \_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения, возраст \_\_\_\_\_ полных лет, (Ф.И.О. обучающегося) \_\_\_\_\_) проживающ\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_ добровольно даю согласие на участие моего ребенка \_\_\_\_\_ в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ. Я поставлен(а) в известность о целях, процедуре и возможных результатах тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворена (а) полученными сведениями.

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. матери (отца/иного законного представителя) обучающегося)

адрес: \_\_\_\_\_,  
телефон: \_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_,  
адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Информированное согласие  
на участие в социально-психологическом тестировании,  
направленном на раннее выявление немедицинского потребления  
наркотических средств и психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ года  
рождения,  
(Ф.И.О.обучающегося)

возраст \_\_\_\_\_ полных лет, проживающ \_\_\_\_\_ по адресу:  
\_\_\_\_\_ добровольно даю согласие на участие в  
социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление  
немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я поставлен(а) в известность о целях, процедуре и возможных результатах  
тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся  
тестирования. Я полностью удовлетворена (а) полученными сведениями.

Я соглашаюсь выполнять инструкции, полученные от уполномоченного лица,  
проводящего тестирование.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

## **Инструктаж обучающихся, участвующих в социально-психологическом тестировании**

Здравствуйте, уважаемые ребята! Вы дали добровольное согласие/В аши родители добровольно согласились на участие в исследовании, которое проводит Министерство образования, науки и молодежной политики Забайкальского края. Данное исследование проводится во всех регионах Российской Федерации. Тысячи школьников и студентов также как и Вы участвуют в подобном исследовании.

Когда будете отвечать на вопросы, помните все время следующие правила:

1. Не тратьте много времени на обдумывание ответов.

Конечно, вопросы часто будут не так конкретны, как Вам хотелось бы. В таком случае, отвечая, старайтесь представить, что в среднем более характерно для ситуации, о которой Вас спрашивают, и на основе этого выбирайте ответ. Отвечать надо как можно точнее, но не слишком медленно, приблизительно 5-6 вопросов в минуту.

2. Ни в коем случае ничего не пропускайте. **Давайте ответ на каждый вопрос, хоть какой-нибудь.**

3. **Отвечайте как можно искренней.** Не надо стараться произвести хорошее впечатление своими ответами, они должны соответствовать действительности.

Все данные полученные в ходе тестирования будут обрабатываться автоматически программой. Причем ответы на отдельные вопросы вообще никем не будут изучаться: нас интересуют только обобщенные показатели.

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

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. матери (отца/иного законного  
представителя) обучающегося)  
адрес: \_\_\_\_\_,  
телефон: \_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_,  
адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Заявление**  
об отказе от социально-психологического тестирования, направленного на раннее  
выявление немедицинского потребления наркотических средств и  
психотропных веществ

Я, \_\_\_\_\_, " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года  
рождения,  
(Ф.И.О. обучающегося)  
проживающ \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_ ,  
заявляю об отказе от социально-психологического тестирования, направленного на раннее  
выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных  
веществ.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. матери (отца/иного законного  
представителя) обучающегося)  
адрес: \_\_\_\_\_,  
телефон: \_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_,  
адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Заявление**  
об отказе от социально-психологического тестирования, направленного на раннее  
выявление немедицинского потребления наркотических средств и  
психотропных веществ

Я, \_\_\_\_\_, " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года  
рождения,  
(Ф.И.О. обучающегося)  
проживающ \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_ ,  
заявляю об отказе от социально-психологического тестирования, направленного на раннее  
выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных  
веществ.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)