Я,			,
(фамилия, имя, отчество	обучающегося)		
(дата рождения)			,
(наименование образова:	 гельной организаци	ии, класса)	,
телефон			
социально-психоло латентной и як условий, формирую аддиктивному (зав соблюдении коно	огическом тестировной рискогенном рискогенном рискогения у обучающих у обучающих исимому) поведенифиденциальности) свое согласие рвании, направленности социально-пскоя психологическумию и поставлен(а) в при проведении кого тестирования;	ом выявление ихологических ю готовность в известность с
Дата		Подпись	

Я,	······································
(фамилия, имя, отчество обучающегося)	
(дата рождения)	,
(наименование образовательной организации, класса)	
телефон	
даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое доброволи участие в профилактическом медицинском осмотре выявления потребления наркотических средств веществ, проводимым государственным бюджетн здравоохранения Ярославской области «Яросла клиническая наркологическая больница» и поставлено неразглашении результатов профилактическогосмотра.	в целях раннего и психотропных ым учреждением вская областная н(а) в известность
Дата Подпись	

Форма для родителя (законного представителя)

Я, родитель (законный представитель)					
 (фами.	лия, имя, отчество обучающегося)				
 (дата р	оождения)				
 (наиме	енование образовательной организации, класса)				
телефо	ОН				
]]]]	даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на участие моего ребенка (подопечного) в социально-психологическом тестировании, направленном выявление латентной и явной рискогенности социально-психологических условий, формирующих у обучающихся психологическую готовность к аддиктивному (зависимому) поведению и поставлен(а) в известность о соблюдении конфиденциальности при проведении и хранении результатов социально-психологического тестирования;				
Дата _					

Форма для родителя (законного представителя)

Я, родитель (законный представитель)
(фамилия, имя, отчество обучающегося)
(дата рождения)
(наименование образовательной организации, класса)
телефон
даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое добровольное согласие нучастие моего ребенка (подопечного) в профилактическом медицинском осмотре в целях раннего выявления потреблени наркотических средств и психотропных веществ, проводимым государственным бюджетным учреждением здравоохранени Ярославской области «Ярославская областная клиническа наркологическая больница» и поставлен(а) в известность неразглашении результатов профилактического медицинского осмотра
Дата Подпись