

Директору ГБПОУ «Боханский аграрный техникум»
п.Бохан Боханский р-он ул.Лесная. 7

от _____
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

(Ф.И.О. обучающегося)

(наименование общеобразовательной организации,
в которой обучается)

домашний адрес: _____,

контактный телефон: _____

**Добровольное информирование согласие родителя (законного представителя) обучающегося,
не достигшего возраста 15 лет на участие в профилактическом медицинском осмотре,
направленном на раннее выявление немедицинского потребления
наркотических средств и психотропных веществ**

Я, _____ (ФИО полностью), являюсь родителем (законным представителем) _____ (Ф.И.О. обучающегося) «___» №_____ года рождения, проживающе _____ по адресу _____ (указывается фактический адрес проживания обучающегося),

даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в профилактическом медицинском осмотре в 20___ - 20___ учебном году.

О целях, процедуре и последствиях профилактического медицинского осмотра, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке и этапах проведения профилактического медицинского осмотра обучающихся.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения профилактического медицинского осмотра.

О конфиденциальности проведения профилактического медицинского осмотра осведомлен(а), с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденного Приказом Минздрава России от 06.10.2014 N 581н ознакомлен(а).

Подпись

Расшифровка

Дата

Директору ГБПОУ «Боханский аграрный техникум»
п.Бохан Боханский р-он ул.Лесная. 7

от _____
(Ф.И.О. обучающегося)

класс (группа): _____,
контактный телефон: _____,

**Добровольное информирование согласие
обучающегося, достигшего возраста 15 лет на участие в профилактическом медицинском
осмотре, направленном на раннее выявление немедицинского потребления
наркотических средств и психотропных веществ**

Я, _____ (ФИО обучающегося полностью), паспортные данные
_____ (серия, номер, дата и место выдачи
паспорта), «___» _____ года рождения, проживаю _____ по
адресу _____ (указывается фактический адрес
проживания обучающегося),

даю свое добровольное согласие на участие в профилактическом медицинском осмотре в 20__ -
20__ учебном году.

О целях, процедуре и последствиях профилактического медицинского осмотра, направленного
на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ
в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке и этапах проведения
профилактического медицинского осмотра обучающихся.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения профилактического медицинского осмотра.

О конфиденциальности проведения профилактического медицинского осмотра осведомлен(а), с
Порядком проведения профилактических медицинских осмотров, обучающихся в
общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также
образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного
потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденного Приказом Минздрава
России от 06.10.2014 N 581н ознакомлен(а).

_____/_____
Подпись Расшифровка

Дата