

**Информированный отказ**

Директору  
МАОУ СШ № 9 А.Д. Ронкину

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)  
адрес проживания: \_\_\_\_\_,  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Добровольный информированный отказ родителя (законного представителя) обучающегося,  
не достигшего возраста 15 лет от участия в профилактическом медицинском осмотре, направленном на раннее  
выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_  
(указать Ф.И.О. полностью)

- родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать Ф.И.О. ребенка, год рождения)

обучающегося \_\_\_\_\_

(название и номер образовательной организации, класс/группа)

отказываюсь от участия моего ребенка в профилактическом медицинском осмотре, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

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 № 581н ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

/ \_\_\_\_\_ /  
(Расшифровка)

Дата

**Информированный отказ**

Директору  
МАОУ СШ № 9 А.Д. Ронкину

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)  
адрес проживания: \_\_\_\_\_,  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Добровольный информированный отказ родителя (законного представителя) обучающегося,  
не достигшего возраста 15 лет от участия в профилактическом медицинском осмотре, направленном на раннее  
выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_  
(указать Ф.И.О. полностью)

- родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать Ф.И.О. ребенка, год рождения)

обучающегося \_\_\_\_\_

(название и номер образовательной организации, класс/группа)

отказываюсь от участия моего ребенка в профилактическом медицинском осмотре, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

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 № 581н ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

/ \_\_\_\_\_ /  
(Расшифровка)

Дата



