Добровольное информированное согласие родителя (законного представителя) на  
проведение социально-психологического тестирования обучающегося, не достигшего

возраста 15 лет

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

(законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать Ф.И.О. ребенка),

\_\_\_\_\_\_\_года рождения, обучающегося в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название и номер образовательной организации, \_\_\_\_\_ класса(группы) даю свое согласие на проведение социально-психологического тестирования моего ребенка.

Об условиях и конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а), с «Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях ознакомлен(а).

/ /

Подпись Расшифровка

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Добровольное информированное согласие на проведение социально-психологического  
тестирования обучающегося, достигшего возраста 15 лет

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать Ф.И.О. полностью), обучающийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название и номер образовательной организации),\_\_\_\_\_\_\_\_\_класса (группы), \_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, даю свое согласие на прохождение мною социально-психологического тестирования.

Об условиях и конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а), с «Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, ознакомлен(а).

/ /

Подпись Расшифровка

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Добровольный информированный отказ родителя (законного представителя) от  
проведение социально-психологического тестирования обучающегося, не достигшего

возраста 15 лет

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать Ф.И.О. полностью), родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать Ф.И.О. ребенка), \_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, обучающегося (название и номер образовательной организации), \_\_\_\_\_\_\_класса(группы) отказываюсь от проведения социально-психологического тестирования .

Об условиях и конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а), с «Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях ознакомлен(а).

/ /

Подпись Расшифровка

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Добровольный информированный отказ от проведение социально-психологического  
тестирования обучающегося, достигшего возраста 15 лет**

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

рождения, обучающийся (название и номер

образовательной организации) класса(группы) отказываюсь от прохождения

мною социально-психологического тестирования.

Об условиях и конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а), с «Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организацияхознакомлен (а).

/ /

Подпись Расшифровка

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_