

Приложение 1
к распоряжению
Отраденнского управления МО СО
от 03.09.2025 № 299-од

График
проведения социально-психологического тестирования обучающихся
образовательных организаций, профессиональных образовательных
организаций Отраденнского управления МО СО
в 2025-2026 учебном году

Приложение 2
к распоряжению
Отраденнского управления МО СО
от 03.09.2025 №299-од

ПРИКАЗ

№

**Об утверждении поименных списков обучающихся _____,
давших согласие на участие в социально-психологическом
тестировании**

В соответствии с распоряжением Отраденнского управления
министерства образования Самарской области от 03.09.2025 № 299-од

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить поименный список обучающихся для проведения социально-психологического тестирования (далее – СПТ) в 20__/_ учебном году (приложение № 1).

3. _____ под подпись
довести настоящий приказ до сведения ответственных работников.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа _____

Директор

С приказом ознакомлены:

Приложение №
к приказу № от

Список
обучающихся _____, давших согласие на участие
в социально-психологическом тестировании в 20_____ учебном году

№ п/п	Ф. И. О.	Количество полных лет	Класс	Примечание

Приложение 3
к распоряжению
Отраденского управления МО СО
от 03.09.2025 № 299-од

Руководителю _____

_____ (наименование ОО)

адрес: _____

от _____

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

_____ (Ф.И.О. обучающегося)

контактный телефон: _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ
(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)**

Я, нижеподписавшаяся (йся) _____,

_____ (Ф.И.О. законного представителя)

☐ добровольно даю согласие на участие в социально-психологическом тестировании

☐ отказываюсь от участия в социально-психологическом тестировании

**в случае отказа, пожалуйста, укажите причину:*

_____ ,

моего ребенка _____
(Ф.И.О. обучающегося), « _____ » _____ года рождения (указать дату рождения), класс _____

(группа) _____.

Социально-психологическое тестирование, направленное **на профилактику** незаконного потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ, проводится в соответствии с порядком, определенным приказом Министерства Просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 г. № 59 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях»

Я получил(а) объяснения о цели тестирования, условиях проведения и продолжительности тестирования, а также информацию о возможных результатах обследования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

Я проинформирован(а) о том, что для проведения социально-психологического тестирования _____ (название ОО) использует персональные данные моего ребенка (ФИО, класс, возраст, пол, индивидуальные показатели результатов тестирования), осуществляет их хранение и уничтожение.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата:

Приложение 4
к распоряжению
Отраденского управления МО СО
от 03.09.2025 №299-од

Руководителю _____
(наименование ОО)

адрес: _____

от _____
(Ф.И.О. обучающегося)

класс (группа): _____

контактный телефон: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ (ОО и ПОО)

Я, нижеподписавшаяся (йся) _____,
(Ф.И.О. обучающегося)

☐ добровольно даю согласие на участие в социально-психологическом тестировании

☐ отказываюсь от участия в социально-психологическом тестировании

**в случае отказа, пожалуйста, укажите причину:*

Социально-психологическое тестирование, направленное **на профилактику** незаконного потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ, проводится в соответствии с порядком, определенным приказом Министерства Просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 г. № 59 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в

общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях»

Я получил(а) объяснения о цели тестирования, условиях проведения и продолжительности тестирования, а также информацию о возможных результатах обследования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

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

Я проинформирован(а) о том, что для проведения социально-психологического тестирования _____ (название ОО) использует мои персональные данные (ФИО, класс, возраст, пол, индивидуальные показатели результатов тестирования), осуществляет их хранение и уничтожение.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата:

Приложение 5
к распоряжению
Отраденского управления МО СО
от 03.09.2025 №299-од

Руководителю _____

(наименование ОО)
адрес: _____
от _____
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

(Ф.И.О. обучающегося)
контактный телефон: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)¹

Я, нижеподписавшаяся (йся) _____

(Ф.И.О. законного представителя), являюсь родителем (законным представителем)

(Ф.И.О. обучающегося),

« ____ » _____ года рождения (указать дату рождения), класс (группа) _____

☐ добровольно даю согласие на включение моего ребенка в поименный список для участия в дополнительных профилактических медицинских осмотрах

☐ отказываюсь от включения моего ребенка в поименный список для участия в дополнительных профилактических медицинских осмотрах

**в случае отказа, пожалуйста, укажите причину:*

¹ Оформляется родителями по результатам тестирования обучающихся только тех образовательных организаций, которые вошли в список ОО, сформированный министерством здравоохранения

Профилактические медицинские осмотры обучающихся организуются в соответствии приказом Министерства здравоохранения РФ от 25.04.2025 № 256н «Об утверждении Порядка 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».

Я получил(а) объяснения о цели и порядке проведения профилактических медицинских осмотров, о возможности пройти медицинский осмотр в иные даты, чем установленные в соответствии с пунктом 9 Порядка ПМО, в иной медицинской организации, соответствующей требованиям, указанным в пункте 5 Порядка ПМО, а также о возможных последствиях отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра.

Разрешаю предоставить информацию о моем ребенке, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс в поименных списках для передачи в медицинскую организацию, организующую ПМО, для планирования дополнительных мер по профилактике раннего немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата:

Приложение 6
к распоряжению
Отраденского управления МО СО
от 03.09.2025 №299-од

Руководителю _____

(наименование ОО)

адрес: _____

от _____

(Ф.И.О. обучающегося)

контактный телефон: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ²

Я, нижеподписавшаяся (йся) _____

(Ф.И.О. обучающегося),
« ____ » _____ года рождения (указать дату рождения), класс (группа) _____

- ☐ добровольно даю согласие на включение меня в поименный список для участия в дополнительных профилактических медицинских осмотрах
- ☐ отказываюсь от включения в поименный список для участия в дополнительных профилактических медицинских осмотрах

**в случае отказа, пожалуйста, укажите причину:*

_____,
Профилактические медицинские осмотры обучающихся организуются в соответствии приказом Министерства здравоохранения РФ от 25.04.2025 № 256н «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в

² Оформляется по результатам тестирования обучающихся тех образовательных организаций, которые вошли в список ОО, сформированный министерством здравоохранения

общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

Я получил(а) объяснения о цели и порядке проведения профилактических медицинских осмотров, о возможности пройти медицинский осмотр в иные даты, чем установленные в соответствии с пунктом 9 Порядка ПМО, в иной медицинской организации, соответствующей требованиям, указанным в пункте 5 Порядка ПМО, а также о возможных последствиях отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра.

Разрешаю предоставить информацию о себе, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс (группу) в поименных списках для передачи в медицинскую организацию, организующую ПМО, для планирования дополнительных мер по профилактике раннего немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата:

Приложение 7
к распоряжению
Отраденского управления МО СО
от 03.09.2025 №299-од

УТВЕРЖДАЮ:

(подпись руководителя ОО, печать ОО)
« ____ » _____ 2025

РАСПИСАНИЕ
проведения социально-психологического тестирования обучающихся в

(наименование образовательной организации)

№ п/п	Класс (группа)	Количество человек	№ кабинета (аудитории)	Дата проведения	Время начала проведения тестирования	Ф.И.О., должность ответственного

АКТ ПЕРЕДАЧИ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Параллель/курс	Численность обучающихся, подлежащих тестированию	Количество официально отказавшихся от участия в СПТ	Количество не участвующих по иным причинам	Численность участников тестирования	Коррекций по шкале лжи	Риск			
						Высокая вероятность		Высочайшая вероятность	
7	чел.	чел.	чел.	чел.	чел.	чел.	% от числа участников	чел.	% от числа участников
8									
9									
10									
11									
ИТОГО									

Причины отказов: _____

Руководитель _____ / _____
_____ 202__ г.

расшифровка подписи

подпись

Дата « ____ »