

**Информация для родителей
по подготовке и проведению социально-психологического тестирования
лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях,
расположенных на территории Иркутской области(из методических
рекомендаций)**

Цель тестирования - раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ определена Федеральным законом от 07.06.2013 N120-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ" (далее – Федеральный закон 120-ФЗ).

Организацию социально-психологического тестирования обучающихся в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ Закона возлагает на образовательные организации.

1. Социально-психологическое тестирование обучающихся рекомендуется проводить среди лиц, достигших возраста 13 лет.
2. Раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования необходимо проводить в два этапа:
 - I. Социально-психологическое тестирование.
 - II. Профилактические медицинские осмотры.

Этапы взаимосвязаны и последовательны.

3. Принципы социально-психологического тестирования:
 - принцип добровольности;
 - принцип анонимности;
4. Задачи социально-психологического тестирования на уровне образовательной организации:
 - оценка наличия обучающихся «группы риска» и уровня латентности наркопотребления;
 - помощь в организации профилактических медицинских осмотров обучающихся в рамках межведомственного взаимодействия;
 - изучение эффективности профилактической работы в образовательной организации в целом и в узких коллективах обучающихся (класс, группа, параллель);
 - корректировка профилактической работы в образовательных организациях.

19.Рекомендуемое время тестирования обучающихся общеобразовательных организаций, достигших возраста 15 лет, не более 5 минут. Для обучающихся 13-14 лет и обучающихся областных государственных образовательных организаций для детей, нуждающихся в государственной поддержке, рекомендуемое время тестирования - не более 15 минут.

29.2.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 (приложение 8).

29.3.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 (приложение 9).

30.У образовательной организации есть право организовать профилактический медицинский осмотр обучающихся независимо от социально-психологического тестирования (статья 53.4. пункт 5. Федерального Закона 120-ФЗ). В этом случае образовательной организации рекомендуется уведомить Учредителя и Регионального оператора за 7 дней до его начала.

к Методическим рекомендациям
утвержденным Распоряжением
от «___» _____ 2015г
№ _____

Руководителю

(наименование образовательной организации)
адрес: _____

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

(Ф.И.О. обучающегося)
домашний адрес : _____,
контактный телефон: _____

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

Я, _____ (ФИО полностью), паспортные данные
родителя _____ (законного _____ представителя)
_____ (серия, номер, дата и
место выдачи паспорта), 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 социально-психологическом тестировании в 20___ - 20___ учебном году.

О целях, процедуре и последствиях социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения

Приложение 7
к Методическим рекомендациям
утвержденным Распоряжением
от «___» _____ 2015г
№ _____

Руководителю

(наименование образовательной организации)
адрес: _____

от _____
(Ф.И.О. обучающегося)
класс (группа): _____,
контактный телефон: _____,

**Добровольное информирование согласие
обучающегося, достигшего возраста 15 лет на участие
в социально-психологическом тестировании,
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 социально-психологическом
тестировании в 20___ - 20___ учебном году.

О целях, процедуре и последствиях социально-психологического
тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского
потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность
поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения
социально-психологического тестирования обучающихся в
общеобразовательных организациях а также о порядке проведения
профилактического медицинского осмотра.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения социально-психологического тестирования и его продолжительности.

О конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а), с Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования, утвержденного Приказом Минобрнауки России от 16.06.2014 N 658 ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию о себе, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс (группу) в поименных списках для передачи обобщенных результатов социально-психологического тестирования в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для планирования дополнительных мер по профилактике немедицинского потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ.

Подпись

Расшифровка

Дата

Приложение 8
к Методическим рекомендациям
утвержденным Распоряжением
от « ____ » _____ 2015г
№ _____

Руководителю

(наименование организации здравоохранения)

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), паспортные данные
родителя _____ (законного представителя)
_____ (серия, номер, дата и
место выдачи паспорта), 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.

Приложение 9
к Методическим рекомендациям
утвержденным Распоряжением
от « ___ » _____ 2015г
№ _____

Руководителю

_____ (наименование образовательной организации)
адрес: _____

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

Приложение 10
к Методическим рекомендациям
утвержденным Распоряжением
от «___»_____2015г
№ _____

(наименование, адрес, ИНН образовательной организации)