

Информированный отказ

Директору МАОУ СОШ № 6
Адрес: пр. Космонавтов, 12.

От _____
(ФИО 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)

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 « _____ » _____ 2020г.