**Информированное согласие обучающегося**

 Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

добровольно даю согласие на проведение медицинского профилактического осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

 Я получил(а) объяснения о цели медицинского профилактического медосмотра, о его длительности, а также информацию о результатах.

На 2023 – 2024 учебный год. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «…..»…………………………..2023 г.

**Информированное согласие родителей (законных представителей)**

 Я, нижеподписавшийся(аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

добровольно даю согласие на участие моего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_ полных лет в проведении медицинского профилактического осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

 Я получил(а) объяснения о цели медицинского профилактического осмотра, о его длительности, а также информацию о результатах.

На 2023 – 2024 год. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «…..»………………………….2023 г.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Информированное согласие обучающегося**

 Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

добровольно даю согласие на проведение медицинского профилактического осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

 Я получил(а) объяснения о цели медицинского профилактического медосмотра, о его длительности, а также информацию о результатах.

На 2023 – 2024 учебный год. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «…..»…………………………..2023 г.

**Информированное согласие родителей (законных представителей)**

 Я, нижеподписавшийся(аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

добровольно даю согласие на участие моего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_ полных лет в проведении медицинского профилактического осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

 Я получил(а) объяснения о цели медицинского профилактического осмотра, о его длительности, а также информацию о результатах.

На 2023 – 2024 год. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «…..»………………………….2023 г.