



Комитет по образованию администрации  
Ломоносовского муниципального района Ленинградской области

Муниципальное общеобразовательное учреждение  
«Яльгелевский образовательный центр»

## ПРИКАЗ

№276

от 02.09.2024 года

### **О проведении социально-психологического тестирования обучающихся МОУ «Яльгелевский образовательный центр» в 2024-2025 учебном году.**

На основании Распоряжения Комитета по образованию «Об организации проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях Ломоносовского района Ленинградской области в 2024-2025 учебном году»,

#### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Обеспечить проведение в СПТ в компьютерной (электронной форме) в соответствии с Порядком для общеобразовательных организаций и профессиональных образовательных организаций.
2. Утвердить расписание проведения СПТ по форме согласно приложению 1 к настоящему приказу.
3. Организовать получение от обучающихся либо от их родителей (законных представителей) информированного согласия (информированного отказа) на участие в СПТ по форме согласно приложениям 2-3 к настоящему приказу.
4. Организовать проведение СПТ с максимальным охватом обучающихся.
5. Утвердить состав комиссии, обеспечивающей организационно-техническое сопровождение тестирования, включая лиц, ответственных за оказание социально-педагогической и (или) психологической помощи обучающимся:
  - Мамонтова Е.С., педагог-психолог,
  - Черкасов П.А., учитель информатики,
  - Левкина О.В., учитель-логопед,классные руководители 7-9 классов – Алексеева Г.Р., Соколова Е.С., Петрова М.В.,
6. Предоставить внешний носитель информации и акт передачи результатов СПТ согласно приложению 4 к настоящему приказу в трехдневный срок с момента проведения тестирования в образовательной организации МКУ «Центр обеспечения образовательной деятельности муниципальных образовательных учреждений муниципального образования Ломоносовский муниципальный район Ленинградской области», не позднее 15.10.2024. **Ответственный – Мамонтова Е.С.**
7. Обеспечить направление в медицинскую организацию, проводящую профилактические медицинские осмотры, информацию для прохождения дополнительных профилактических медицинских осмотров обучающихся при наличии согласия от обучающихся либо от их родителей (законных представителей) по форме согласно приложениям 6-7 к настоящему приказу. **Ответственный – Мамонтова Е.С.**
8. Обеспечить хранение до момента отчисления обучающегося из образовательной организации, информированных согласий в условиях, гарантирующих конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа к ним. **Ответственный – Мамонтова Е.С.**
9. Организовать дополнительные профилактические мероприятия по оказанию психолого-педагогической помощи и коррекционному сопровождению обучающихся, вошедших в «группу риска» по результатам тестирования, а также на основании полученных данных профилактических медицинских осмотров обучающихся. **Ответственный – Мамонтова Е.С.**

10. Контроль за исполнением данного приказа возложить на Мамонтову Е.С., педагога-психолога.

11. Общее руководство за исполнением данного приказа и проведения тестирования возложить на Мамонтову Е.С., педагога-психолога.

Директор МОУ «Яльгелевский образовательный центр»: \_\_\_\_\_ /Т.Н. Сергеева/  
МП

Ознакомлены:

\_\_\_\_\_ /Мамонтова Е.С./

\_\_\_\_\_ /Соколова Е.С./

\_\_\_\_\_ /Петрова М.В./

\_\_\_\_\_ /Алексеева Г.Р./

\_\_\_\_\_ /Левкина О.В./

\_\_\_\_\_ /Черкасов П.А./

Расписание тестирования в МОУ «Яльгелевский образовательный центр»  
(наименование образовательной организации)

№ п/п	Класс/курс/ учебная группа	Кабинет/аудитория	Дата и время начала проведения тестирования	Ответственный член комиссии
1	7	Кабинет информатики	23.09.2024г. 09.00	Алексеева Г.Р. Левкина О.В.
2	7	Кабинет информатики	24.09.2024г. 09.00	Алексеева Г.Р. Левкина О.В.
3	8	Кабинет информатики	25.09.2024г. 09.00	Соколова Е.С. Мамонтова Е.С.
4	8	Кабинет информатики	26.09.2024г. 09.00	Соколова Е.С. Мамонтова Е.С.
5	9	Кабинет информатики	27.09.2024г. 09.00	Петрова М.В. Черкасов П.А.
6	9	Кабинет информатики	30.09.2024г. 09.00	Петрова М.В. Черкасов П.А.

Директор МОУ «Яльгелевский образовательный центр» \_\_\_\_\_ /Т.Н. Сергеева/

Приложение 2

Руководителю

(наименование образовательной организации)  
адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося)  
домашний  
адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие родителя (законного представителя) обучающегося в общеобразовательной организации, не достигшего возраста 15 лет на участие в социально-психологическом тестировании**

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью), являюсь родителем (законным представителем)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обучающегося)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ - года рождения, проживающего \_\_\_\_\_ по адресу

\_\_\_\_\_ (указывается фактический адрес проживания обучающегося), даю / не даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в социально- психологическом тестировании в 2024 – 2025 учебном году (нужное подчеркнуть).

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, утвержденного Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
/

Подпись

Расшифровка

Дата

Руководителю

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)  
 адрес: \_\_\_\_\_  
 от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося)  
 класс (группа): \_\_\_\_\_,  
 контактный телефон: \_\_\_\_\_.

**Добровольное информированное согласие  
 обучающегося в общеобразовательной организации, достигшего возраста 15 лет, на  
 участие в социально-психологическом тестировании**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО обучающегося полностью), «\_\_» \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_ проживаю по адресу \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (указывается фактический адрес проживания обучающегося), даю / не даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в социально-психологическом тестировании в 2024 - 2025 учебном году (нужное подчеркнуть).

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, утвержденного Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 (ознакомлен(а)).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /  
 Подпись / Расшифровка

Дата

Акт передачи результатов социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования Ленинградской области в 2024-2025 учебном году

Наименование образовательной организации	Класс (группа)	Количество обучающихся в классе (группе), подлежащих тестированию	Количество обучающихся в классе (группе) прошедших тестирование	Дата проведения тестирования	Возраст от 13 до 15 лет		Возраст 15 лет и старше		Количество обучающихся, имеющих высокие показатели вероятности риска в группе (классе), в %
					Количество обучающихся в классе (группе) в возрасте от 13 до 15 лет, подлежащих тестированию	Количество обучающихся в классе (группе) в возрасте от 13 до 15 лет, прошедших тестирование	Количество обучающихся в классе (группе) в возрасте 15 лет, подлежащих тестированию	Количество обучающихся в классе (группе) в возрасте 15 лет, прошедших тестирование	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Установлено:

- а) Общее число обучающихся, подлежащих социально-психологическому тестированию: всего \_\_\_\_\_ человек.  
Общее число обучающихся, которые прошли тестирование \_\_\_\_\_ человек ( \_\_\_\_\_ % от общего количества подлежащих социально-психологическому тестированию)
- б) Число обучающихся, не прошедших тестирование всего \_\_\_\_\_ человек ( \_\_\_\_\_ % от общего количества подлежащих социально-психологическому тестированию), в том числе по причине:  
 болезни \_\_\_\_\_ чел. ( \_\_\_\_\_ %)  
 отказа \_\_\_\_\_ чел. ( \_\_\_\_\_ %)  
 отказа во время проведения тестирования \_\_\_\_\_ чел. ( \_\_\_\_\_ %)  
 другие причины \_\_\_\_\_ чел. ( \_\_\_\_\_ %), перечислить основные

Руководитель образовательной организации \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество) (подпись, печать)

\_\_\_\_\_ 2023  
 (дата)

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)  
адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. родителя, законного представителя)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося)

домашний адрес: \_\_\_\_\_,  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие родителя (законного представителя)  
обучающегося, не достигшего возраста 15 лет на участие в дополнительных  
профилактических медицинских осмотрах\***

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью), являюсь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося) «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего \_\_\_\_\_ по адресу \_\_\_\_\_ (указывается фактический адрес проживания обучающегося), **даю / не даю** свое добровольное согласие на участие моего ребенка в социально-психологическом тестировании в 2024 - 2025 учебном году (нужное подчеркнуть).

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, утвержденного Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию о моем ребенке, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс 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

*\*Оформляется родителями по результатам тестирования только тех образовательных организаций, информация которым подлежит передача медицинской организации информации для организации и проведения дополнительных профилактических медицинских осмотров*

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)  
адрес: \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося)  
класс (группа): \_\_\_\_\_,  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие  
обучающегося в общеобразовательной организации, достигшего возраста 15 лет, на участие  
в дополнительных профилактических медицинских осмотрах\***

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО обучающегося полностью), «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_ проживаю по \_\_\_\_\_ адресу \_\_\_\_\_ (указывается фактический адрес проживания обучающегося), **даю / не даю** свое добровольное согласие на участие моего ребенка в социально-психологическом тестировании в 2024 - 2025 учебном году (нужное подчеркнуть).

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, утвержденного Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 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

*\*Оформляется обучающимися, достигшими 15-лет по результатам тестирования только тех образовательных организаций, информация которым подлежит передача медицинской организации информации для организации и проведения дополнительных профилактических медицинских осмотров*