

Приложение  
к приказу министерства здравоохранения  
Краснодарского края  
от 22.12.2023 № 5216 \_\_\_\_\_

План-график проведения профилактических 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 в Краснодарском крае в 2023-2024 учебном году

№ п/п	Наименование муниципального образования	Наименование медицинской организации, проводящей медицинские осмотры	Наименование образовательной организации	Число подлежащих осмотрам	Сроки проведения осмотров
6.	Белореченский район	Белореченский филиал ГБУЗ "Наркологический диспансер" МЗ КК	МБОУ СОШ № 1 им. М.И.Калинина	5 чел. в 13.00	22.01.24
			МБОУ СОШ № 2 им. А.С.Пупкина	3 чел. в 13.00	22.01.24
			МБОУ СОШ № 3 им. В.В.Маяковского	5 чел. в 13.00	22.01.24
			МБОУ СОШ № 4	4 чел. в 13.00	22.01.24
			МБОУ СОШ № 5 им. И.В.Панфилова	16 чел. в 9.00	23.01.24
				16 чел. в 13.00	24.01.24
			МБОУ СОШ № 8 им. В.И.Севастьянова	3 чел. в 9.00	25.01.24
			МБОУ СОШ № 9 им. Е.Я.Савицкого	1 чел. в 9.00	25.01.24
			МБОУ ООШ № 13 им. М.М.Корницкого	3 чел. в 9.00	25.01.24
			МБОУ ООШ № 15 им. С.Т.Голенева	2 чел. в 9.00	25.01.24
			МБОУ СОШ № 18	2 чел. в 9.00	25.01.24
МБОУ ООШ № 19	1 чел. в 9.00	25.01.24			
МБОУ СОШ № 21 им. Н.Е.Скобченко	2 чел. в 9.00	25.01.24			



**Информированное добровольное согласие на профилактический  
медицинский осмотр в целях раннего выявления незаконного  
потребления наркотических средств и психотропных веществ**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. рождения,  
(дата рождения гражданина)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, \_\_\_\_\_  
паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
ребенка \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне в доступной форме разъяснены цели, характер и методы профилактического медицинского осмотра на предмет раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, о его последствиях, предполагаемых результатах, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения. При необходимости другие методы обследования и лечения мне будут разъяснены дополнительно.

Я разрешаю предоставить информацию о результатах моим родителям (законным представителям): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Подпись гражданина (законного представителя) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

образцу, если ребенку в 2014 году  
по решению местной администрации  
№ 15-15

**Информированное добровольное согласие на профилактический  
медицинский осмотр в целях раннего выявления незаконного  
потребления наркотических средств и психотропных веществ**

«25» 12 2023 г.

Я, Иванов Олег Петрович

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

" 05 " 10 2008 г. рождения,

(дата рождения гражданина)

проживающий по адресу: Келлеровский район ЧОН Руринск  
ул. Костовая

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
ребенка \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах  
охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное  
согласие на проведение профилактического медицинского осмотра в целях раннего  
выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне в доступной форме разъяснены цели, характер и методы профилактического  
медицинского осмотра на предмет раннего выявления незаконного потребления  
наркотических средств и психотропных веществ, о его последствиях, предполагаемых  
результатах, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения. При  
необходимости другие методы обследования и лечения мне будут разъяснены  
дополнительно.

Я разрешаю предоставить информацию о результатах моим родителям (законным  
представителям): Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Контактный телефон: 8-912-364-74-83

Подпись гражданина (законного представителя) Иванов О.П.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

*образцу, если ребенку в этом году на момент тестирования нет 15 лет*  
**Информированное добровольное согласие на профилактический медицинский осмотр в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ**

*«25» 12 2023 г.*

Я, *Киршин Кирилл Колесникович*  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)  
" *05* " *10* *2010* г. рождения,  
(дата рождения гражданина)  
проживающий по адресу: *г. Тверь, ул. Вишнева, 16*

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, *Киршино Валентина Александровна*  
паспорт: *0500330160* выдан: *20.09.00 ОВД Тверь, р-н*  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
ребенка *Киршин Кирилл Колесникович 05.10.2010 г.*  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)  
проживающий по адресу: *г. Тверь, ул. Вишнева, 16*

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне в доступной форме разъяснены цели, характер и методы профилактического медицинского осмотра на предмет раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, о его последствиях, предполагаемых результатах, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения. При необходимости другие методы обследования и лечения мне будут разъяснены дополнительно.

Я разрешаю предоставить информацию о результатах моим родителям (законным представителям): *Киршино Валентина Александровна*  
*Киршин Кирилл Колесникович*  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Контактный телефон: *8-918-364-74-23*

Подпись гражданина (законного представителя) *[Подпись]*

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)