**АКТ**

**передачи результатов социально-психологического тестирования обучающихся**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать наименование образовательной организации и населенный пункт)

**в**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать наименование организации здравоохранения и населенный пункт)

**для прохождения профилактического медицинского осмотра**

от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г

Уполномоченный представитель образовательной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, должность) передал уполномоченному представителю организации здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, должность) следующие документы:

1. Поименные списки обучающихся, достигших возраста 15 лет, давших согласие на прохождение профилактического медицинского осмотра (Приложение 1) на \_\_\_листах.
2. Поименные списки обучающихся, не достигших возраста 15 лет, один из родителей (законных представителей) которых дал согласие на прохождение профилактического медицинского осмотра (Приложение 2) на \_\_\_листах.
3. Информированные добровольные согласия обучающихся, достигших возраста 15 лет, на прохождение профилактического медицинского осмотра (согласно поименным спискам) в количестве\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_шт.
4. Информированные добровольные согласия родителей (законных представителей) обучающихся, не достигших возраста 15 лет, на прохождение профилактического медицинского осмотра (согласно поименным спискам) в количестве \_\_\_\_\_\_\_шт.

Количество обучающихся, достигших возраста 15 лет (всего)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество обучающихся, достигших возраста 15 лет, подтвердивших употребление наркотических средств\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество обучающихся, не достигших возраста 15 лет (всего)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество обучающихся, не достигших возраста 15 лет, подтвердивших употребление наркотических средств\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Подпись

представителя представителя

образовательной организации организации здравоохранения

м.п м.п.