

муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение  
«Селивановская средняя школа № 28- Центр образования с. Селиваново»

**ПРИКАЗ**

от « 06 » 09 2024г.

№ 192

с. Селиваново

Об организации социально-психологического  
тестирования обучающихся в целях раннего  
выявления незаконного потребления наркотических  
средств и психотропных веществ в 2024/2025 учебном году

В соответствии с приказом министерства образования Тульской области от 28.08.2024 №1291 «Об организации социально-психологического тестирования обучающихся общеобразовательных и профессиональных образовательных организаций, расположенных на территории Тульской области, в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических и психотропных веществ» и на основании приказа комитета по образованию администрации МО Щекинский район «Об организации социально-психологического тестирования обучающихся образовательных организаций Щекинского района в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» от « 04 ». 09.2024г. № 244

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Организовать работу в образовательной организации по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ среди обучающихся, профилактическую деятельность с выявленной «группой риска» в течение учебного года.
2. Организовать информационно-мотивационную кампанию по разъяснению основных целей социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров (с привлечением специалистов социально-психологической службы ОО и/или медицинских специалистов (нарколога) в качестве консультанта).
3. Предоставлять в отдел СПО МКУ «ЦОД Щекинского района» информацию о специалисте, ответственном за проведение тестирования в образовательной организации ежегодно до 17 августа. (приложение 2)
4. Обеспечить сбор информированных согласий в письменной форме обучающихся, достигших возраста пятнадцати лет, либо информированных согласий в письменной форме одного из родителей или иного законного представителя обучающихся, не достигших возраста пятнадцати лет. (Приложение 1).
5. Обеспечить прохождение тестирования каждого обучающегося, достигшего возраста тринадцати лет, начиная с 7 класса, давшего информированное согласие (информированное согласие, полученное от родителя (законного представителя)).
6. Обеспечить хранение информированных согласий до момента отчисления обучающегося из образовательной организации.
7. В целях соблюдения конфиденциальности, повышения лояльности к участию в тестировании и формировании у обучающихся устойчивой мотивации на самоисследование провести кодирование персональных данных обучающихся при проведении тестирования в образовательной организации.
8. Обеспечить хранение документа о кодировании персональных данных обучающихся, принявших участие в социально-психологическом тестировании, в течение не менее 5 лет от даты проведения тестирования на основе соблюдения конфиденциальности.
9. Организовать проведение социально-психологического тестирования в соответствии с Порядком социально-психологического тестирования и сроками, утвержденными министерством образования Тульской области (Приложение № 3).

10. Осуществлять предоставление актов тестирования в отдел СПО МКУ «ЦОД Щекинского района» в течение трёх рабочих дней со дня окончания тестирования.

11. Оказывать содействие специалистам ГУЗ «ТОНД №1» в проведение профилактических медицинских осмотров в соответствии с Порядком медицинским осмотрам.

12. Организовать работу по разработке и реализации индивидуально-профилактических мероприятий с обучающимися по оказанию психолого-педагогической помощи и коррекционному сопровождению обучающихся, находящихся в «группе риска».

13. Создать в муниципальном бюджетном общеобразовательном учреждении «Селивановская средняя школа № 28- Центр образования с. Селиваново» комиссию по организации и проведению социально-психологического тестирования обучающихся в следующем составе:

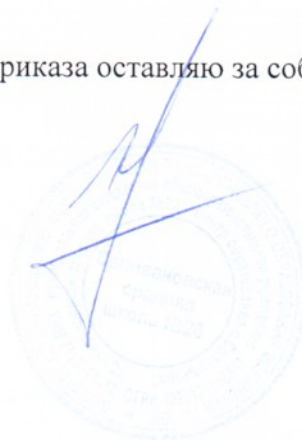
1.1. Председатель комиссии	заместитель директора по учебно-воспитательной работе	Клавденкова Лилия Игоревна
1.2. Члены комиссии	педагог-психолог	Авраамова Елена Владимировна
	социальный педагог	Барсукова Елена Александровна
	классный руководитель	Назарова Вера Владимировна
	классный руководитель	Старосветский Олег Николаевич

14. Ответственность за исполнение данного приказа возложить на педагога-психолога **Е.В. Авраамову.**

15. Контроль исполнения данного приказа оставляю за собой.

Директор

**А.А. Наумов**



**ФОРМЫ ДОКУМЕНТОВ  
ФОРМЫ ДОКУМЕНТОВ**

**ФОРМА №1**

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Поименный список обучающихся, подлежащих социально-психологическому тестированию, направленному на раннее выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ, на \_\_\_/\_\_\_ учебный год**

\_\_\_\_\_,  
(наименование образовательной организации)

№ п/п	Ф.И.О. (полностью)	Код участника	Количество полных лет/год рождения	Отметка об участии в тестировании с указанием даты участия в тестировании/или причины неучастия/ отказа
1.				
2.				
3.				
4.				

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись / расшифровка подписи

**Примечание.**

Поименный список по классам обучающихся составляется лицом, имеющим право доступа к кодированию участников тестирования на основании разработанного локального нормативно-правового акта в образовательной организации, включает в себя всех обучающихся, зачисленных в класс.

Поименный список хранится в образовательной организации.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
обучающегося

Я, нижеподписавшийся(-ая)ся \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (полностью)

добровольно даю согласие на участие в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я получил(а) объяснения о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о подведении результатов тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

Я согласен(на) выполнять инструкции, полученные от уполномоченного лица, проводящего тестирование.

«...».....20.... г.

Подпись

ФОРМА №3

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
родителей (законных представителей)

Я, нижеподписавшийся(ая)ся \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (полностью)

добровольно даю согласие на участие моего ребенка \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. ребенка (полностью)

возраст \_\_\_\_\_ полных лет в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я получил(а) объяснения о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о подведении результатов тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

«...».....20.... г.

Подпись

**АКТ**  
**передачи результатов социально-психологического тестирования**  
**обучающихся**

(наименование ОО/ МО)  
 за 2024/2025 учебный год

1. Наименование образовательной организации (по Уставу):

2. Адрес образовательной организации/отделений:

3. Контактное лицо по организации социально-психологического тестирования, телефон контактного лица:

4. Информация о результатах социально-психологического тестирования:

4.1. Сроки проведения социально-психологического тестирования:

4.2. Общее число обучающихся в параллели, подлежащих социально-психологическому тестированию:

всего по списку \_\_\_\_\_ чел.:

Из них:

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.

4.3. Общее число обучающихся, которые прошли социально-психологическое тестирование \_\_\_\_\_ чел.:

Из них:

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.

4.4. Число обучающихся, не прошедших социально-психологическое тестирование, всего \_\_\_\_\_ чел., в том числе по причине:

отказа \_\_\_\_\_ чел., из них:

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел. другие причины (указать \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ чел., из них:

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.

4.5. Количество обучающихся, отнесенных по результатам социально-психологического тестирования к «группе риска» (**высочайшая вероятность**) по возможности вовлечения в потребление наркотических средств и психотропных веществ \_\_\_\_\_ чел, из них:

класс /курс (группа) \_\_\_\_\_ чел.;

класс /курс (группа) \_\_\_\_\_ чел.;

класс /курс (группа) \_\_\_\_\_ чел.;

класс /курс (группа) \_\_\_\_\_ чел.;  
класс/курс (группа) \_\_\_\_\_ чел.

Руководитель образовательной организации \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись

Ф.И.О.

Приложение № 2

ФОРМА №1

**Информация о сотруднике образовательного учреждения,  
ответственном за проведение социально-психологического тестирования в  
образовательном учреждении:**

МО	Наименование ОУ (с указанием адреса)	ФИО ответственного сотрудника	Адрес эл. почты	Моб.тел.

Приложение № 3

**Календарный план проведения социально-психологического  
тестирования в Тульской области:**

1. **С 1 сентября по 1 октября (ежегодно)** - проведение информационно-мотивационной кампании с обучающимися и их родителями в период, с целью увеличения количества участников социально-психологического тестирования.
2. **С 15 сентября по 15 октября** - проведение социально-психологического тестирования.
3. **В течение трех рабочих дней** с момента завершения социально-психологического тестирования - предоставление акта передачи результатов тестирования региональному оператору (ГУ ДО ТО «ПОМОЩЬ»).
4. **С момента выявления «группы риска» и до 31 мая ежегодно** - разработка и осуществление мероприятий по оказанию психолого-педагогической помощи и коррекционному сопровождению обучающихся по результатам тестирования.
5. **Ежегодно в течение всего учебного года** - оказание содействия в организации профилактических медицинских осмотров обучающихся, предоставление в медицинскую организацию, проводящую профилактические медицинские осмотры, поименные списки обучающихся для прохождения профилактических медицинских осмотров.