

**Информированное добровольное согласие на участие обучающегося
в Мониторинге здоровья и физической подготовленности обучающихся**

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____

_____,
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) обучающегося в возрасте до 15 лет)

родитель (законный представитель) _____

_____,
(фамилия, имя, отчество обучающегося в возрасте до 15 лет)

проинформирован (-а) работником образовательной организации о том, что:

- а) в целях выполнения Указа Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» Министерством образования и науки Российской Федерации проводится Мониторинг здоровья и физической подготовленности обучающихся общеобразовательных организаций (далее – Мониторинг);
- б) целью Мониторинга является получение информации, необходимой для разработки государственных мер по сохранению и укреплению здоровья детей и подростков, повышения уровня их физической подготовленности;
- в) Мониторинг будет проведен в образовательной организации в соответствии с Методическими рекомендациями, разработанными Министерством образования и науки Российской Федерации;
- г) списки обучающихся, принявших участие в Мониторинге, не будут переданы третьим лицам;
- д) все данные, полученные в образовательной организации в ходе Мониторинга, будут обобщены: на их основании будут вычислены результирующие статистические показатели.

Я подтверждаю, что получил (-а) все необходимые разъяснения по вопросам, связанным с проведением Мониторинга в образовательной организации, и даю согласие на:

- сбор и обработку информации о моем ребенке (несовершеннолетнем, чьим законным представителем я являюсь) в целях вычисления статистических показателей;
- участие моего ребенка (несовершеннолетнего, чьим законным представителем я являюсь) в мероприятиях по оценке уровня физической подготовленности;
- участие моего ребенка (несовершеннолетнего, чьим законным представителем я являюсь) в анкетировании по вопросам соблюдения принципов здорового образа жизни и личностной позиции по отношению к здоровью.

Дата _____

Подпись _____

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____

_____,
(фамилия, имя, отчество работника образовательной организации)

свидетельствую, что разъяснил (-а) вопросы, связанные с проведением Мониторинга в образовательной организации.

Дата _____

Подпись _____