



ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА САМАРА

ПРИКАЗ

05 СЕН 2025

№

1055-9

О проведении в 2025-2026 учебном году социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях городского округа Самара

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», Федеральным законом от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», приказом Минпросвещения России от 20.02.2020 № 59 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях» (ред. от 19.09.2023), приказом Минпросвещения России от 19.09.2023 № 703 «О внесении изменений в приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 20 февраля 2020 № 59 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях»,

письмами Минпросвещения России от 06.03.2023 № 07-1139-дсп, от 26.06.2025 № 07-3000-дсп, от 18.08.2025 № 07-4155 (О единой методике СПТ), приказом Минздрава России от 25.04.2025 № 256н «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ», распоряжением министерства образования Самарской области № 1101-р от 29.08.2025 «О проведении в 2025/2026 учебном году социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях, профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования Самарской области» для обеспечения проведения социально-психологического тестирования обучающихся, достигших тринадцати лет, 7-11 классов муниципальных общеобразовательных организаций городского округа Самара (далее – ОО), ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Общее руководство за проведением социально-психологического тестирования (далее – СПТ) в ОО возложить на заведующего сектором профилактической работы управления общего и дополнительного образования Департамента образования Администрации городского округа Самара А.В. Кузнецову.

2. Ответственному за проведение СПТ А.В. Кузнецовой:

2.1. Организовать работу по консультированию ответственных за проведение СПТ в ОО в процессе подготовки и проведения СПТ и выстраивания последующей профилактической и коррекционной работы с обучающимися, попавшими в «группу риска».

2.2. Обеспечить контроль своевременности и корректности работы в «Личном кабинете ОО» специалистов ОО, оперативности направления комплекта отчетных документов ОО в адрес государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования Самарской

области «Региональный социопсихологический центр» (далее – ГБУ ДПО «РСПЦ»).

2.3. Подготовить статистическую справку по итогам проведения СПТ в срок до 16.10.2025.

3. Руководителям ОО:

3.1. Провести с 15.09.2025 по 01.10.2025 СПТ обучающихся, достигших возраста тринадцати лет, начиная с 7 класса обучения в общеобразовательной организации, по Единой методике СПТ (далее – ЕМ СПТ), рекомендованной Министерством просвещения России с помощью программного комплекса «Армбос 2023», предназначенного для проведения, обработки и анализа результатов тестирования обучающихся.

3.2. Организовать СПТ обучающихся в соответствии с действующими Порядками тестирования исходя из положений методических рекомендаций по применению ЕМ СПТ (письмо Минпросвещения России от 6 марта 2023 года №07-1139-дсп) с учетом изменений и дополнений к методическим рекомендациям по применению ЕМ СПТ (письмо Минпросвещения России от 18.07.2024 № 07-3368, от 26.09.2024 № 07-4678, от 26.06.2025 № 07-3000-дсп, от 18.08.2025 № 07-4155).

3.3. В рамках апробационного периода на 2025/2026 учебный год в целях внедрения методических рекомендаций по применению единой методики тестирования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – методические рекомендации по применению ЕМ СПТ-ОВЗ/ от 26.06.2025 № 07-3000-дсп) организовать тестирование обучающихся с ОВЗ, относящихся к следующим группам: с нарушением зрения (слабовидящие), с нарушением слуха (слабослышащие), с нарушением опорно-двигательного аппарата, и не имеющих нарушений интеллекта.

3.4. Издать распорядительный акт о проведении СПТ обучающихся в соответствии с нормами действующего законодательства и настоящим Приказом.

3.5. Организовать до 15.09.2025 проведение информационно-разъяснительной кампании с родителями (законными представителями) обучающихся, а также мотивационной работы с обучающимися для повышения активности участия и снижения отказов от СПТ и ПМО обучающихся.

3.6. Организовать получение информированных согласий в письменной форме от родителей (законных представителей) обучающихся, не достигших возраста 15 лет, и информированных согласий обучающихся 15-ти лет и старше (Приложение 1, Приложение 2).

3.7. Обеспечить хранение до момента отчисления обучающегося из ОО, проводящей тестирование, информированных согласий в условиях, гарантирующих конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа к ним.

3.8. Утвердить поименные списки обучающихся, составленные по итогам получения от обучающихся либо их законных представителей информированных согласий на участие в СПТ.

3.9. Создать комиссию, обеспечивающую организационно-техническое сопровождение тестирования (далее – Комиссия), и утвердить ее состав, численностью не менее трех работников ОО, проводящей СПТ, включая лиц, ответственным за оказание социально-педагогической и (или) психологической помощи обучающимся.

3.10. Утвердить расписание СПТ по классам и кабинетам (Приложение 3).

3.11. Обеспечить обязательное участие представителей администрации и педагогических работников ОО, ответственных за организацию и проведение мероприятий в рамках СПТ, особенно вновь назначенных, в том числе участвующих в апробации в рабочих совещаниях и обучающих вебинарах.

3.12. Определить доступ специалистов к работе в «Личном кабинете ОО» (программный комплекс «Армбос 2023»), обеспечить своевременное

направление запроса в ГБУ ДПО «РСПЦ» на замену удаление, добавление) пользователей в «Личный кабинет ОО».

3.13. В целях своевременного начала СПТ обеспечить завершение всех подготовительных работ в программном комплексе (в «Личном кабинете образовательной организации») не позднее 3-х рабочих дней до дня начала СПТ в соответствии с графиком тестирования и расписанием тестирования в МОУ (Приложение 3).

3.14. Обеспечить проведение тестирования обучающихся с использованием программного комплекса «Армбос 2023» в срок согласно утвержденному графику тестирования и расписанию СПТ (Приложение 3) в соответствии с Порядком СПТ и настоящим Приказом.

3.15. Направить в ГБУ ДПО «РСПЦ» копии расписания СПТ в ОО (Приложение 3) и акта, содержащего информацию о количестве обучающихся, подлежащих СПТ, принявших участие в тестировании и оформившим официальный отказ от прохождения СПТ (Приложение 4), в течение 3-х рабочих дней с момента завершения СПТ в МОУ (электронная почта: spt.rsps@63edu.ru); копию акта направить в Департамент образования (sdo.profilaktika@63edu.ru), обеспечить хранение оригиналов указанных документов в пакете документов по СПТ

3.16. В случае принятия решения о необходимости использования дополнительного периода тестирования (с 13.10.2025 по 15.10.2025) своевременно внести в соответствующие коррективы в приказ и расписание, направить в ГБУ ДПО «РСПЦ» единый комплект отчетных документов в течение трёх рабочих дней со дня завершения тестирования в ОО.

3.17. Обеспечить максимально возможный охват тестированием обучающихся.

3.18. Обеспечить своевременное завершение СПТ обучающихся и работы в программном комплексе («Личном кабинете ОО») специалиста (специалистов), ответственного за организацию и проведение СПТ в последний день тестирования в ОО (согласно расписанию СПТ).

3.19. В случае участия в ОО в режиме апробации в СПТ обучающихся с ОВЗ в 2025/2026 учебном году направить до 18.10.2025 в ГБУ ДПО «РСПЦ» (spt.rsps@63edu.ru) деперсонализированную информацию по результатам тестирования обучающихся и информацию по особенностям организации и проведения СПТ данных обучающихся, включая выявленные сложности и отмеченные положительные моменты.

3.20. Разработать и реализовать дополнительные профилактические мероприятия по оказанию психолого-педагогической помощи и коррекционному сопровождению обучающихся, вошедших в «группу риска» по результатам СПТ, а также на основе данных профилактических медицинских осмотров обучающихся с учетом положений, изложенных в методических рекомендациях Министерства просвещения РФ (письмо Минпросвещения России от 08.10.2024 № 07-4851).

3.21. Организовать психологическое консультирование обучающихся и их родителей (законных представителей) по результатам СПТ (согласно индивидуальному запросу).

3.22. Обеспечить (в случае если образовательная организация вошла в Список ОО региона, сформированный министерством здравоохранения Самарской области для участия в профилактических медицинских осмотрах (далее – ПМО) обучающихся):

3.22.1. Организацию и проведение совместно с представителями медицинских организаций региона собраний обучающихся и их законных представителей, на которых информирует их о целях и порядке проведения ПМО, а также о возможных последствиях отказа от прохождения ПМО в соответствии с Порядком ПМО.

3.22.2. Организовать получение в письменной форме согласия обучающегося, достигшего возраста пятнадцати лет, либо одного из законных представителей обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет, на включение обучающегося в поименный список на ПМО (Приложение 5, Приложение 6).

3.22.3. Утвердить и обеспечить направление до 15 декабря 2025 года в медицинскую организацию, проводящую осмотры, поименные списки обучающихся, сформированные на основании полученных согласий.

3.22.4. Обеспечить с января по май 2026 года содействие в организации ПМО обучающихся

3.23. Обеспечить с 19.01.2026 по 27.02.2026 г. (согласно дополнительно утвержденному графику) участие ОО в мониторинге деятельности по итогам СПТ.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на Е.А. Сироткину, руководителя управления общего и дополнительного образования Департамента образования.

Руководитель Департамента



И.Н. Коковина

Приложение 1
к приказу Департамента образования
Администрации городского округа Самара
от 05 СЕН 2025 № 1055-г

Руководителю _____

(наименования МОУ)

адрес: _____

от _____

(Ф.И.О. обучающегося)

класс (группа): _____

контактный телефон: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

Я, нижеподписавшаяся (йся) _____

(Ф.И.О. обучающегося)

☐ добровольно даю согласие на участие в социально-психологическом тестировании

☐ отказываюсь от участия в социально-психологическом тестировании

**в случае отказа, пожалуйста, укажите причину:*

Социально-психологическое тестирование, направленное на профилактику незаконного потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ, проводится в соответствии с порядком, определенным приказом Министерства Просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 г. № 59 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях».

Я получила(а) объяснения о цели тестирования, условиях проведения и продолжительности тестирования, а также информацию о возможных результатах тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

Я соглашаюсь выполнять инструкции, полученные от уполномоченного лица, проводящего тестирование.

Я проинформирован(а) о том, что для проведения социально-психологического тестирования _____ (название ОО) использует мои персональные данные (ФИО, класс, возраст, пол, индивидуальные показатели результатов тестирования), осуществляет их хранение и уничтожение.

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

Руководителю _____

(наименования МОУ)

адрес: _____

от _____

(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

(Ф.И.О. обучающегося)

контактный телефон: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Я, нижеподписавшаяся (йся) _____

(ФИО законного представителя)

☐

добровольно даю согласие на участие в социально-психологическом тестировании

отказываюсь от участия в социально-психологическом тестировании

**в случае отказа, пожалуйста, укажите причину:*

моего ребенка _____

(Ф.И.О. обучающегося), « _____ » _____ года рождения (указать дату рождения),
класса (группа) _____

Социально-психологическое тестирование, направленное на профилактику незаконного потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ, проводится в соответствии с порядком, определенным приказом Министерства Просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 г. № 59 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях».

Я получила(а) объяснения о цели тестирования, условиях проведения и продолжительности тестирования, а также информацию о возможных результатах тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

Я проинформирован(а) о том, что для проведения социально-психологического тестирования _____ (название ОО) использует персональные данные моего ребенка (ФИО, класс, возраст, пол, индивидуальные показатели результатов тестирования), осуществляет их хранение и уничтожение.

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

Приложение 3
к приказу Департамента образования
Администрации городского округа Самара
от 05 СЕН 2025 № 1055-9

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель общеобразовательного учреждения

_____ / _____

(подпись руководителя МОУ, печать МОУ)

« _ » _____ 2025

РАСПИСАНИЕ

проведения социально-психологического тестирования обучающихся в

_____ (наименование МОУ)

№ п/п	Класс	№ кабинета	Дата проведения	Время начала проведения тестирования	Ф.И.О. ответственного, должность

АКТ ПЕРЕДАЧИ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

(сокращенное наименование МОУ по уставу)

Паралель/курс	Численность обучающихся, подлежащих тестированию	Количество официально отказавшихся от участия в СПТ	Количество не участвующих по иным причинам	Численность участников тестирования	Коррекций по шкале лжи	Риск		
						Высокая вероятность		Высочайшая вероятность
	чел.	чел.	чел.	чел.	чел.	чел.	% от числа участников	% от числа участников
7								
8								
9								
10								
11								
ИТОГО								

Причины отказов:

Руководитель образовательной организации:

(расшифровка подписи)

(подпись)

(дата)

Руководителю _____

(наименования МОУ)

адрес: _____

от _____

(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

(Ф.И.О. обучающегося)

контактный телефон: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Я, нижеподписавшаяся (йся) _____

(Ф.И.О. законного представителя), являюсь родителем (законным представителем)

(Ф.И.О. обучающегося),

« _____ » _____ года рождения (указать дату рождения), класса (группа) _____

- ☐ добровольно даю согласие на включения моего ребенка в поименный список для участия в дополнительных профилактических медицинских осмотрах
- ☐ отказываюсь от включения моего ребенка в поименный список для участия в дополнительных профилактических медицинских осмотрах

**в случае отказа, пожалуйста, укажите причину:*

Профилактические медицинские осмотры обучающихся организуются в соответствии приказом Министерства здравоохранения РФ от 25.04.2025 № 256н «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

Я получила(а) объяснения о цели и порядок проведения профилактических медицинских осмотрах, о возможности пройти медицинский осмотр в иные даты, чем установленные в соответствии с пунктом 9 Порядка ПМО, в иной медицинской организации, соответствующей требованиям, указанным в пункте 5 Порядка ПМО, а также о возможных последствиях отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра.

Разрешаю предоставить информацию о моем ребенке, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс в поименных списках для передачи в медицинскую организацию, организующую ПМО, для планирования дополнительных мер по профилактике раннего немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

Приложение 6
к приказу Департамента образования
Администрации городского округа Самара
от 05 СЕН 2025 № 1055-9

Руководителю _____

(наименования МОУ)

адрес: _____

от _____

(Ф.И.О. обучающегося)

класс (группа): _____

контактный телефон: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

Я, нижеподписавшаяся (йся) _____)

(Ф.И.О. обучающегося),

« _____ » _____ года рождения (указать дату рождения), класса (группа) _____

☐ добровольно даю согласие на включения моего ребенка в поименный список для участия в дополнительных профилактических медицинских осмотрах

☐ отказываюсь от включения моего ребенка в поименный список для участия в дополнительных профилактических медицинских осмотрах

**в случае отказа, пожалуйста, укажите причину:*

Профилактические медицинские осмотры обучающихся организуются в соответствии приказом Министерства здравоохранения РФ от 25.04.2025 № 256н «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

Я получила(а) объяснения о цели и порядок проведения профилактических медицинских осмотрах, о возможности пройти медицинский осмотр в иные даты, чем установленные в соответствии с пунктом 9 Порядка ПМО, в иной медицинской организации, соответствующей требованиям, указанным в пункте 5 Порядка ПМО, а также о возможных последствиях отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра.

Разрешаю предоставить информацию о себе, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс в поименных списках для передачи в медицинскую организацию, организующую ПМО, для планирования дополнительных мер по профилактике раннего немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)