

**CONSENTIMIENTO DE PRUEBAS DE DROGAS:  
ESTUDIANTES CON ACTIVIDADES COMPETITIVAS**

Nombre del Estudiante en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Núm. del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Graduación: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del Estudiante:**

He leído y comprendido las "Normas de Pruebas de Drogas para el Estudiante" y el "Consentimiento de Pruebas de Drogas para el Estudiante." Entiendo que, por mi seguridad y bienestar, el Distrito hace cumplir las normas que se aplican al consumo o posesión ilegal de drogas y / o los medicamentos que aumentan o mejoran el desempeño. Si opto por violar las normas de la escuela en relación con el uso o posesión de drogas ilegales y / o cualquier medicamento para mejorar el rendimiento en cualquier momento, mientras estoy involucrado en actividades de temporada o fuera de temporada, tengo entendido que en la determinación de la violación estaré sujeto a la restricciones de mi participación como se indica en las Normas.

\_\_\_\_\_ SI, YO ELIJO PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE PRUEBAS DE DROGAS.

\_\_\_\_\_ NO, ELIJO NO PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE PRUEBAS DE DROGAS.

Nota: Al elegir no participar en el Programa de Pruebas de Drogas, entiendo que voy no voy a poder participar en cualquier actividad cubierta bajo estas normas.

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento de los Padres:**

He leído y entendido las Normas de Pruebas de Drogas para Estudiantes y Consentimiento de Pruebas para el Estudiante. Deseo que el estudiante mencionado, participe en los programas inter-escolares extracurriculares del Distrito, y por este medio voluntariamente acuerdo estar sujeto a sus términos. Acepto el método de obtención de muestras de saliva, pruebas y análisis de dichas muestras y todos los demás aspectos del programa. Además, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para la divulgación de la toma de muestras, pruebas y resultados de lo previsto en este programa.

\_\_\_\_\_ SI, ESTOY DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS DE ESTAS NORMAS.

\_\_\_\_\_ NO, NO QUIERO QUE MI HIJO / HIJA SE REALIZE LAS PRUEBAS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE ESTAS NORMAS.

Nota: Al elegir no participar en el Programa de Pruebas de Drogas, entiendo que el estudiante anteriormente mencionado no podrá participar en ninguna actividad cubierta por estas normas.

Nombre del Padre / Tutor en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_