

DINUBA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
VOLUNTARY STUDENT DRUG TESTING CONSENT FORM

I understand after having read the Drug Testing Policy for the Dinuba Unified School District, including Board Policy and Administrative Regulation 5131.61, as parent(s) or guardian(s) of _____, (“Student”), I authorize the District to conduct random drug testing on a urine specimen, collected from Student, to test for illegal drugs and/or controlled substances. I also authorize the exchange of information concerning the results of such a test between the Dinuba Unified School District, and the contracted agency, Recovery Resources.

This shall be deemed a consent pursuant to the Family Education Right of Privacy Act (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R. Part 99) and the Education Code (sections 49076 et seq.) for the release of the above information to the parties named above.

PLEASE INDICATE ANY PRESCRIPTION DRUGS YOUR CHILD IS CURRENTLY TAKING AND PROVIDE APPROPRIATE SUPPORTING DOCUMENTATION WITH THIS FORM:

Date: _____

Parent or Guardian Signature

Parent or Guardian Printed Name

The testing service will include tests for, but not be limited to, one or more of the following illegal drugs and/or controlled substances: marijuana metabolite, cocaine metabolite, opiates, phencyclidine (PCP), amphetamines, alcohol, benzodiazepines, barbiturates, propoxyhene (Darvocet), methadone, oxycotin, and steroids.

Parent(s) or guardian(s) may withdraw authorization to test Student, with written notification to the Director of Student Services at the District Office: 1327 E. El Monte Way, Dinuba, California 93618. There will be no consequences for Student’s withdrawal from the voluntary student drug testing program.

Exhibit BP/ AR5131.61 (2)
Board Approved: August 13, 2015

DINUBA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Dinuba, California

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE DINUBA
FORMA VOLUNTARIA DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA ANTIDOPAJE PARA ALUMNO

Después de haber leído y entendido la Póliza de Prueba Antidopaje del Distrito Escolar Unificado de Dinuba, incluyendo la Póliza de la Mesa Gobernante y Reglamentos Administrativos 5131.61, como padre(s) o guardián(es) de _____, (“Alumno”), yo autorizo al Distrito Escolar Unificado de Dinuba a llevar a cabo pruebas al azar de una muestra de orín, proveída por el alumno, para detectar drogas ilegales o sustancias controladas. También autorizo el intercambio de información tocante a los resultados de tal prueba entre el Distrito Escolar Unificado de Dinuba y la agencia contratada para la prueba antidopaje, *Recovery Resources*.

Esto se considerará un consentimiento de conformidad con la Ley de Derecho de Privacidad en la Educación de Familia (20 U.S.C. § 1232 g; 34 C.F.R. parte 99) y del Código de Educación (secciones 49076 et seq.) para conceder la información anterior a las partes mencionadas anteriormente.

FAVOR DE INDICAR CUALQUIER MEDICAMENTO RECETADO QUE SU HIJO ACTUALMENTE ESTÉ TOMANDO Y PROPORCIONE DOCUMENTACIÓN APROPIADA PARA VERIFICACIÓN CON ESTA FORMA:

Fecha: _____

Firma de Padre/Guardián

Nombre de Padre/Guardián en letra de molde

El servicio de prueba incluirá pruebas para, pero no limitado a, una o más de las siguientes drogas ilegales o sustancias controladas: metabolito de marihuana, metabolito de cocaína, narcóticos, *fenciclidina (PCP)*, anfetaminas, alcohol, benzodiacepinas, barbitúricos, *propoxyphene (Darvocet)*, metadona, *oxicodona* y esteroides.

El padre(s)/guardián(es) puede retirar la autorización para hacerle pruebas al alumno, con notificación por escrito del Director de Servicios a los Alumnos en la oficina del distrito: 1327 E. El Monte Way, Dinuba, California 93618. No habrá consecuencias por retirar la autorización del programa voluntario para la prueba antidopaje del alumno.

Prueba BP/AR 5131.61 (1)
Aprobado por el Consejo Gobernante: 13 de agosto, 2015

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE DINUBA
Dinuba, California