

ELGIN ISD

Examen de Drogas al Azar para Estudiantes Formulario para Permiso 2021-2022 Exigido para: Permiso para Estacionamiento & Participación en Actividades Extracurriculares



Campo _____

Primer Nombre Legal del Estudiante (Letra de Molde por Favor) _____

Apellido Legal del Estudiante (Letra de Molde por Favor) _____

Fecha de Nacimiento _____ # de ID del Estudiante _____

Padre

Por favor ponga sus iniciales en todo lo que aplique

Atleta _____ Estacionamiento _____

*Extra-Curricular _____

*Aplica a banda, porristas, clubs, actividades de FFA, UIL

Nada de lo que arriba se indica, pero
Voluntario _____

COMO UN ESTUDIANTE:

- Entiendo y estoy de acuerdo que es voluntaria la participación en actividades extracurriculares y un privilegio en/o la compra de un permiso de estacionamiento. También doy el consentimiento para la participación en el Programa de Examen para Drogas al Azar para estudiantes del Distrito. El permiso para las pruebas de drogas entre los estudiantes será efectiva siempre y cuando el estudiante esté inscrito en el campo del Distrito designado en el formulario de permiso y participa en actividades extracurriculares y/o en el estacionamiento del campo que se provee en la póliza local FNF.
- Entiendo que si niego el consentimiento a la participación en el Programa del Examen para Drogas al Azar, no podré participar en las actividades extracurriculares ni comprar un permiso para el estacionamiento en el Distrito Escolar Independiente de Elgin por todo el año escolar 2010-2011.

AS A PARENT/GUARDIAN/CUSTODIAN:

- He leído la póliza FNF (LOCAL) y entiendo que es voluntaria la participación de mi niño (a) en el programa de Examen para Drogas y la compra de un permiso para el estacionamiento es un privilegio. Entiendo que es voluntaria la participación de mi niño (a) en actividades extracurriculares y/o la compra de un permiso para el estacionamiento. Doy mi consentimiento para la participación de mi niño (a) en el programa para Examen de Drogas al Azar para estudiantes del Distrito. Permiso para las pruebas de droga entre los estudiantes será efectiva siempre y cuando el estudiante esté inscrito en el campo del Distrito designado en el formulario de permiso y participa en actividades extracurriculares y/o en el estacionamiento del campo que se provee en la póliza local FNF.
- Entiendo que si niego mi consentimiento para la participación de mi niño (a) en el programa de Examen para Drogas al Azar para estudiantes, mi niño (a) no podrá participar en actividades extracurriculares o en la compra de un permiso para el estacionamiento en el Distrito Escolar Independiente de Elgin.

Como indicio firmo este formulario, por este medio accedo el permiso del estudiante arriba indicado para que de acuerdo a la póliza del Consejo se someta al examen de drogas al azar para buscar la presencia de alcohol, drogas ilícitas y/o sustancias prohibidas. Entiendo el proceso de la contribución de orina será supervisada por una persona calificada y las muestras serán enviadas para el examen a un laboratorio medico certificado; y para confidencialidad las muestras serán marcadas. Por este medio doy mi consentimiento a la persona seleccionada por el Distrito Escolar Independiente de Elgin, su laboratorio, doctores, empleados y/o agentes quienes examinan el análisis de orina para buscar la detección de alcohol, drogas ilícitas, y/o sustancias prohibidas y conferir con cualquier tercer participante necesario con respecto a los resultados en orden para confirmar los resultados del análisis de orina. Además entiendo y doy el consentimiento a la persona seleccionada por el Distrito Escolar Independiente de Elgin, sus doctores, empleados, y/o agentes para que de acuerdo con la póliza del Consejo se de el resultado del examen a el Distrito Escolar Independiente de Elgin. Entiendo que el permiso otorgado aquí es efectivo por todo el año escolar 2010-2011

Nombre del Padre/Guardián/Custodio LETRA DE MOLDE _____

Número de Teléfono Diurno _____

FIRMA del Padre/Guardián/Custodio _____

Fecha _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____

Fecha _____

**Debes regresar este formulario terminado a su administrador del campo,
entrenador respectivo, o patrocinador**

Firma del Entrenador/Patrocinador/Director _____

Fecha _____

