RAYMONDVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
419 FM 3168 ϕ Raymondville, Texas 78580
956.689.8181

**PARENTAL CONSENT FOR RANDOM DRUG TESTING PROGRAM
FOR EXTRACRURICULAR ACTIVITIES OR
THE VOLUNTARY DRUG TESTING PROGRAM**

(For all students, grades 7-12 who are involved in extracurricular activities, or participate in the Voluntary Student Drug Testing Program)

I, _____, as parent or guardian of _____, a student enrolled in _____, hereby agree to the following for the duration of his/her enrollment at Raymondville I.S.D.

I understand the school district's policy regarding substance abuse. I understand that it is the practice of the District to conduct random and reasonable suspicion drug and alcohol testing for the purpose of carrying out this policy.

I understand that my child cannot be compelled to give a biological specimen. I understand that if he/she gives a sample, it will be tested for illegal drugs and/or alcohol. I understand that as a condition of my child's participation in grades 7 through 12 extracurricular activities, and in order to remain in good standing, my child must give a sample when requested by the District. If my child is not involved in extracurricular activities, I hereby request that my child be allowed to participate be allowed to participate in Raymondville I.S.D.'s Voluntary Random Drug Testing Program and waive his/her rights to the extent needed for Raymondville I.S.D. to conduct drug testing on my child under its Voluntary Drug Testing Program. I understand that if my child fails to provide a sample or his/her sample reveals an unexplained presence of an illegal drug and/or alcohol, the District will implement the steps associated with the random drug testing policy, student handbook, and student code of conduct, as applicable.

Prescription drugs currently taken as prescribed:

Comments:

At this time, I hereby agree to my child giving a biological specimen, including urine, for the purposes of drug and alcohol testing.

_____ _____
Parent / Guardian Signature Date

_____ _____
Print Name Witness

_____ _____
Student Signature Student ID Number

_____ _____
Print Name Current Grade

RAYMONDVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
419 FM 3168 ϕ Raymondville, Texas 78580
956.689.8181

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA EL PROGRAMA DE PRUEBAS DE DROGAS ALEATORIAS PARA ACTIVIDADES EXTRACRURICULARES O EL PROGRAMA DE PRUEBAS VOLUNTARIAS DE ENFERMEDADES

(Para todos los estudiantes de los grados 7-12 que están involucrados en actividades extracurriculares, o participan en el Programa de Pruebas de Drogas de Estudiantes Voluntarios)

Yo, _____, como padre o tutor de _____, un estudiante matriculado en _____, por la presente consiento en lo siguiente durante la duración de su inscripción en Raymondville I.S.D.

Entiendo la política del distrito escolar con respecto al abuso de sustancias. Entiendo que es la práctica del Distrito llevar a cabo pruebas de drogas y alcohol con sospecha aleatoria y razonable con el propósito de llevar a cabo esta política.

Entiendo que mi hijo no puede ser obligado a dar un espécimen biológico. Entiendo que si él / ella da una muestra, será probado para drogas ilegales y / o alcohol. Entiendo que como condición para la participación de mi hijo en las actividades extracurriculares de los grados 7 a 12, mi hijo debe dar una muestra cuando lo solicite el distrito. Si mi hijo no está involucrado en actividades extracurriculares, por la presente solicito que se permita a mi hijo participar en el Programa de Pruebas de Drogas Aleatorias Voluntarias de Raymondville I.S.D. y renunciar a sus derechos en la medida necesaria para Raymondville I.S.D. Para realizar pruebas de drogas en mi hijo bajo su Voluntary Drug Testing Program. Entiendo que si mi hijo no proporciona una muestra o su muestra revela una presencia inexplicable de una droga ilegal y / o alcohol, el Distrito implementará los pasos asociados con la política de exámenes aleatorios de drogas, el manual del estudiante y el código de estudiante de Conducta, según corresponda.

Medicamentos recetados actualmente tomados según lo prescrito:

Comentarios:

En este momento, por la presente acepto que mi hijo (a) dé un espécimen biológico, incluyendo la orina, para los propósitos de las pruebas de drogas y alcohol.

_____ _____
Firma del Padre / Tutor Fecha

_____ _____
Imprimir Nombre Testigo

_____ _____
Firma del estudiante Numero de identificacion del estudiante

_____ _____
Imprimir Nombre Grado Actual