



Distrito Escolar Unificado de Redlands

Año Escolar 2024-2025

Registro del Estudiante al Programa Voluntario de Examen de Drogas

SI

Me gustaría inscribir a mi estudiante de la Escuela _____ al Programa Voluntario de Examen de Drogas **gratis, no-punitivo, y confidencial**. Yo, por este medio autorizo a Servicios Estudiantiles a recabar especímenes de orina de mi estudiante para examinarlos y notificarme los resultados usando uno de los métodos que se mencionan abajo.

Entiendo que este servicio será proporcionado por el Distrito Escolar Unificado de Redlands sin costo alguno.

Puede encontrar información adicional concerniente al programa de pruebas aleatorias en el sitio web del Distrito en www.redlands.k12.ca.us bajo Divisiones de RUSD, Departamento de Servicios Estudiantiles. Haga click en el enlace Departamento, y luego vaya a Servicios Estudiantiles. El enlace del Examen de Drogas se puede encontrar bajo Servicios Estudiantiles: **“Programa Voluntario de Pruebas de Drogas para Estudiantes de Escuelas Secundarias & Preparatorias”**. También puede inscribir a su estudiante directamente en el Departamento de Servicios Estudiantiles localizado en la dirección a continuación.

Si tiene alguna pregunta acerca del proceso de la prueba que no se respondió en el sitio de la red del Distrito, contáctese con:

Departamento de Servicios Estudiantiles
33 W. Lugonia Ave.
Redlands, Ca 92374
909-307-5300

(Las firmas de los padres y estudiantes indican que han leído y están de acuerdo con los términos antes mencionados.)

NO

Gracias, no deseo inscribir a mi estudiante de la Escuela _____ al Programa Voluntario de Examen de Drogas **gratis, no-punitivo, y confidencial** en este momento.

Entiendo que puedo inscribir a mi estudiante en cualquier momento entregando esta forma o ingresando al sitio electrónico www.redlands.k12.ca.us bajo las divisiones del RUSD, Servicios Estudiantiles. Haga click en el enlace de Servicios Estudiantiles en la pestana Departamentos y luego haga clic en la pestana “Programa voluntario de pruebas de Drogas para estudiantes de Secundaria y Preparatoria.”

Nombre del Estudiante

Firma del Estudiante

Grado

Nombre del Padre/Guardian

Firma del Padre/Guardian

Fecha

No. de Teléfono del Padre/Guardian: _____

Clave: _____

(Para proteger su privacidad, le preguntaremos su clave antes de discutir cualquier resultado por teléfono. ¡Haga que la contraseña sea algo que recuerde fácilmente!

Método para Recibir los Resultados: *(Por favor seleccione su método preferido para entregar el resultado y escriba de forma legible)*

Por Correo electrónico Correo electrónico del Padre/Guardian: _____

Por Teléfono No. de teléfono del Padre/Guardian: _____

Por favor regrese la forma de inscripción vía correo electrónico, o a la Oficina de Servicios Estudiantiles y/o en la recepción de la escuela de su estudiante. Gracias.