

**CONSENTIMIENTO DE PRUEBAS DE DROGAS PARA EL ESTUDIANTE:  
ESTUDIANTES SIN ACTIVIDADES COMPETITIVAS**

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

Núm. de Identificación -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 de drogas ilegales y / o medicamentos para mejorar el rendimiento.

\_\_\_\_\_ ELIJO PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE PRUEBAS DE DROGAS.

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

**Consentimiento de los Padres:**

He leído y comprendido las "Normas de Pruebas de Drogas para el Estudiante" y el "Consentimiento de Pruebas de Drogas para el Estudiante." Deseo que el estudiante mencionado participe en las pruebas, a pesar de que el estudiante no tiene la intención de participar en actividades extracurriculares competitivas, y por este medio acuerdo voluntariamente estar sujeto a sus términos. Acepto el método de obtención de muestras por medio de la 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.

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

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

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