Nombre de estudiante:

Apellido Primer Nombre

**CARTERSVILLE HIGH SCHOOL**

# CONSENTIMIENTO DE PRUEBA DE DROGAS PARA ESTUDIANTE QUE PARTICIPANTA EN ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

Tengo entendido que al participar en cualquier actividad extra curricular en la escuela secundaria de Cartersville, estoy sujeto a pruebas de detección de drogas y alcohol como una condición de mi participación. Entiendo si me niego a tomar una prueba de drogas, fallando en ir a una prueba de droga, o si mis resultados de prueba de drogas establecen una violación de la política de pruebas de drogas, me enfrentare a medidas disciplinarias establecidas por la póliza de pruebas de drogas de Cartersville High School.

Al firmar y poner la feche en este formulario, doy mi consentimiento a realizar una prueba urinaria de la droga según los requisitos de selección durante el año escolar. Las pruebas de drogas por selección se realizarán mensualmente, a lo largo del año escolar. Sorteo de nombres de pruebas de drogas de los estudiantes se llevarán a cabo por un laboratorio exterior con estudiantes notificados en el día de prueba de drogas urinaria.

Por la presente autorizo a la administración de las pruebas de drogas urinaria y a las condiciones indicadas en este consentimiento.

# Nombre de estudiante participando

Fecha: Firma:

# Nombre de Padre/Guardián:

Fecha: Firma: