

We have reviewed the “Student Drug Testing Procedures” outlined in the student handbook. We desire that the student named above participate in extracurricular programs, as a driving student, and/or with the voluntary consent of the parent/guardian. We hereby voluntarily agree to its terms. We accept the method of obtaining urine samples, testing and analysis of such specimens, and all other aspects of the program. We further agree and consent to the disclosure of the sampling, testing and results as provided in this program.

_____/_____/_____
 Signature of PARENT or GUARDIAN Date

Address: _____

City: _____ Zip: _____

Phone: _____/_____/_____

Non-Participation in Random Drug Testing

I do not want my child to participate in the WISD random drug testing program and understand that my child will be excluded from all extracurricular activities along with the privilege of parking on school grounds.

 Signature of PARENT or GUARDIAN Printed Name
 Date ____/____/____

 Signature of STUDENT Printed Name
 Grade _____

Please check all activities in which the student participates:

Art Club	Dance team	Interact	Spanish	UIL-Academic
Band	FCA	NHS	Student Council	Volleyball
Baseball	FFA	NJHS	Student Senate	Yearbook
Basketball	Fishing club	Rachel’s Choice	Swimming	
Cheerleading	Football	React	TEA	
Choir	Friends of Rachel	Robotics	Tennis	
Community Service	Golf	Soccer	Theater	
Culinary arts	Imagene	Softball	Track	

Student Driver: Yes ____ No ____

Other activities in which the student participates that are not listed: _____

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE WAXAHACHIE
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LA PRUEBA DE DROGAS
2020-2021
(Para estudiantes de secundaria solamente)

Por favor escribir en letra de molde el nombre del estudiante:

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
----------	---------------	----------------

Nivel de Grado: _____ No. de ID del Estudiante: _____ Sexo(Masculino/Femenino): _____
Escuela: _____

Declaración de Propósito e Intención

La participación en actividades extracurriculares patrocinadas por la escuela en el Distrito Escolar Independiente de Waxahachie es un privilegio. Estudiantes en estas actividades tienen la responsabilidad de sí mismo, de sus compañeros estudiantes, de sus padres, y de su escuela para establecer los mejores ejemplos posibles de conducta, lo que incluye evitar el uso de drogas ilegales.

El uso de drogas de cualquier tipo es incompatible con la participación en actividades extracurriculares. Para la seguridad, la salud y el bienestar de los estudiantes, el Distrito Escolar Independiente de Waxahachie ha adoptado una política de prueba de drogas para los estudiantes en los grados 7 a 12.

Estudiantes que Conducen a la Escuela deberán participar en el Programa de Prueba de Drogas al Azar para obtener el privilegio de estacionar su coche en la propiedad de la escuela.

Participación en Actividades Extracurriculares

No se les permitirá a los estudiantes practicar ni participar en ninguna actividad, a menos que el estudiante haya devuelto el Formulario de Consentimiento para La Prueba de Drogas del Estudiante.

Entiendo los “Procedimientos de Prueba de Drogas para Estudiantes” descritos en el manual del estudiante. **(Política FNF LOCAL)**. Entiendo que la decisión personal que tomo con respecto al consumo de drogas ilegales puede afectar mi salud y bienestar, así como la posible puesta en peligro de quienes me rodean. Si elijo violar la política de la escuela con respecto al uso de drogas ilegales, entiendo que estaré sujeto a las restricciones descritas en la Política.

Firma del ESTUDIANTE

_____/_____/_____
Fecha

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento

VEER OTRO LADO.

Hemos revisado los “Procedimientos de Prueba de Drogas para Estudiantes” descritos en el manual del estudiante. Deseamos que el estudiante mencionado anteriormente participe en programas extracurriculares, como un estudiante que conduce a la escuela, y/o con el consentimiento voluntario del padre/guardián. Por la presente aceptamos voluntariamente sus términos.

Aceptamos el método de obtención de muestras de orina, pruebas y análisis de dichos especímenes, y todos los demás aspectos del programa. Además, aceptamos y damos nuestro permiso a la divulgación del muestreo, de las pruebas y los resultados según lo dispuesto en este programa.

Firma del PADRE o GUARDIAN

_____/_____/_____
Fecha

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: ____/____/____

No Participación en la Prueba de Drogas al Azar

Yo **no** quiero que mi hijo participe en el programa de prueba de drogas al azar de WISD y entiendo que mi hijo será excluido de todas las actividades extracurriculares junto con el privilegio de estacionar su coche sobre la propiedad escolar.

Firma del PADRE o GUARDIAN

Nombre escrito en letra de molde

Fecha ____/____/____

Firma del ESTUDIANTE

Nombre escrito en letra de molde

Grado _____

Por favor marcar todas las actividades en las que el estudiante participa:

Art Club	Dance team	Interact	Spanish	UIL-Academic
Band	FCA	NHS	Student Council	Volleyball
Baseball	FFA	NJHS	Student Senate	Yearbook
Basketball	Fishing club	Rachel’s Choice	Swimming	
Cheerleading	Football	React	TEA	
Choir	Friends of Rachel	Robotics	Tennis	
Community Service	Golf	Soccer	Theater	
Culinary arts	Imagine	Softball	Track	

Estudiante maneja: si ____ no ____

Otras actividades en las que participa el estudiante que no están enlistadas: _____
