

Henderson ISD  
201902

DERECHOS DEL ESTUDIANTE Y RESPONSABILIDADES  
INTERROGATORIOS Y BUSQUEDAS

FNF  
(EXHIBIT)

HENDERSON ISD  
PRUEBA AL AZAR DE DROGA DEL ESTUDIANTE  
FORMA DE PERMISO

Nombre Legal del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de ID del Estudiante: \_\_\_\_\_

Actividades Extracurriculares: \_\_\_\_\_ # de Permiso de Estacionamiento \_\_\_\_\_

COMO ESTUDIANTE:

- Comprendo y concuerdo que la participación en actividades extracurriculares y estacionarse en la escuela es voluntaria y un privilegio. Comprendo que como parte de mi participación voluntaria en actividades extracurriculares y estacionarme en la escuela, yo también consiento a la participación en el Programa del distrito escolar de Pruebas al Azar de Drogas.
- Comprendo que si me rehusó a la participación en el Programa del Estudiante de Prueba al Azar de Droga seré inelegible para la participación en actividades extracurriculares y estacionarme en la escuela en el Distrito Escolar Independiente de Henderson para el año escolar académico entero.
- Comprendo y consiento a la participación voluntaria en Programa del Estudiante de Prueba Al Azar de Droga del Distrito

COMO PADRE/GUARDIAN:

- He leído la política FNF (LOCAL) y comprendo que la participación de mi niño en actividades extracurriculares y estacionarse en la escuela es voluntaria y un privilegio. Comprendo que como parte de la participación voluntaria de niño en actividades extracurriculares y estacionarse en la escuela, yo consiento a su participación en el Programa del Estudiante de Prueba al azar de Droga para el año escolar académico entero.
- Comprendo que si rehusó consentir a la participación de mi niño en el Programa del Estudiante de Prueba al azar de Droga, mi niño será inelegible para la participación en actividades extracurriculares y estacionarse en la escuela en el Distrito Escolar Independiente de Henderson.
- Acepto la participación voluntaria de mi niño en el Programa de Estudiante de Prueba al azar de Droga.

Como demostrado por mi firma abajo, yo por la presente consiento en permitir al estudiante nombrado arriba de experimentar una prueba de droga al azar para la presencia de drogas ilícitas y/o sustancias prohibidas de acuerdo con política aplicable del Tabla. Comprendo que el proceso de colección de orina será supervisado por un vendedor calificado y que muestras serán enviadas a un laboratorio médico certificado para probar, y que las muestras serán codificadas confidencialmente. Comprendo que el vendedor seleccionado por el Distrito Escolar Independiente de Henderson, sus laboratorios, los médicos, los empleados, y/o los agentes realizarán pruebas de análisis de orina o líquidos orales que prueban para el descubrimiento de drogas ilícitas, y/o sustancias prohibidas.

Autorizo aún más al vendedor seleccionado por El Distrito Escolar Independiente de Henderson, sus médicos, los empleados, y/o los agentes a soltar resultados de pruebas al Distrito Escolar Independiente de Henderson de acuerdo con la política de la Tabla. Comprendo que el consentimiento otorgado en esto es efectivo para todas las actividades en las que el estudiante susodicho quizás participe durante el año escolar 2011-2012.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono de Día

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre /Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha