Devine Independent School District

Forma De Prueba De la Autorización De la Droga Del Estudiante

Nombre Del Estudiante: _____

Apellido Nombre Segundo Nombre

Número de identificación del estudiante: _____

Para el estudiante

Reconozco que he recibido una copia del Devine ISD's Política De prueba De la Droga Del Estudiante-FNF (LOCAL), y consiento por este medio a cualquier prueba conducida como parte de la política de prueba de la droga. Entiendo además, porque las pruebas deben ser conducidas sobre una base al azar, puedo ser seleccionado para probar más de una vez que cada año, y que la denegación a someter a tales pruebas está tratada iguales que un positivo. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de la política de prueba de la droga, y entiendo completamente sus provisiones.

Firma Del Estudiante: _____ Fecha: _____

Para Padre/Guarda

Reconozco que he recibido una copia del Devine ISD's Política De prueba De la Droga Del Estudiante-FNF (LOCAL), y consiento por este medio que mi niño puede participar en cualquier prueba como parte de la política de prueba de la droga. Entiendo que puedo retirar la autorización para probar en cualquier momento sobre la sumisión del aviso escrito al principal de escuela. Entiendo y acepto además que, sobre tal retiro, mi niño llegará a ser inelegible para participar en cualquier actividad extracurricular competitiva o para mantener conducir privilegios en la escuela.

Firma Padre/Guarda: _____ Fecha: _____

Información Del Contacto Del Padre:

Proporcione por favor los números de teléfono en los cuales usted puede ser entrado en contacto con durante las horas del día o de la tarde:

teléfono casero (_____)_____ - _____ teléfono del trabajo(____) _____ - _____

teléfono portátil (____) _____ - _____